

# Verdienstbescheinigung

--	--

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Herr/Frau	geb. am
wohnhaft in	Steuerklasse
ist bei mir/uns beschäftigt von - bis	als (Beruf/Tätigkeit)

**1 Sie/Er hat derzeit ein monatliches Bruttoeinkommen (Lohn, Gehalt, Werksrente, ggf. auch Ausbildungsvergütung) einschließlich Überstundenzuschläge, Lohnausgleich, Trennungentschädigungen, Fahrkostenzuschüsse, sonstiger Zulagen und ähnlicher Bezüge oder Sachbezüge wie z.B. Essen, Wohnung, Dienstkleidung u.ä. von**

	Euro
--	------

**2 Sie /Er hatte in der Zeit vom bis (d.h. in den letzten 12 Monaten einschließlich des laufenden Monats) folgendes Bruttoeinkommen:**

Monat/Jahr	Gesamtbetrag = Bruttoeinkommen einschließlich der steuerfreien Bezüge	In dem Gesamtbetrag (Spalte 2) sind enthalten					Sonstige steuerfreie Zulagen/ Bezüge
		Weihnachtsgeld, Jahresprämien	Zusätzliches Urlaubsgeld, zusätzliche Monatsgehälter	Sonstige Zulagen	Steuerfreie Zuschüsse und Entschädigungen		
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
1	2	3	4	5	6	7	
<b>Insgesamt</b>							

**3 Falls in dem angegebenen Zeitraum Leistungen nach den Spalten 3 bis 5 nicht gezahlt wurden, geben Sie bitte nachstehend die voraussichtlichen Jahresbeträge in den nächsten 12 Monaten an.**

Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien	EUR
Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter	EUR
Sonstige Zulagen, Sachbezüge	EUR

<b>4 Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom [ ] bis [ ] einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten</b>		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welcher Höhe  EUR	
<b>5 Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?</b>		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ab wann und in welcher Höhe monatlich? Datum EUR	
	Grund der Veränderung	
<b>6 Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am [ ] und endet am [ ]</b>		
Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im		
1. Ausbildungsjahr	EUR	3. Ausbildungsjahr EUR
2. Ausbildungsjahr	EUR	4. Ausbildungsjahr EUR
Zu erwartendes Weihnachtsgeld		EUR
Zu erwartendes Urlaubsgeld		EUR
<b>7 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei</b>		
Krankenkasse		
<b>8 Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank</b>		
in der Zeit vom – bis	Tage	
Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welcher Höhe  EUR	
<b>9 Steuer- und Versicherungsleistungen</b>		
Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen		
- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>- wurde/wurden vom Bruttoentgelt einbehalten und abgeführt</b>		
a) die Lohnsteuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>10 Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug (z.B. wg. unbezahlten Urlaubs etc.):</b>		
Ich versichere, dass die v.g. Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.		
Ort,  Datum	<b>Stempel und Unterschrift des/r Arbeitgebers/in</b>	Telefon  Fax  e-mail Adresse

**Wichtig!****Bei Bezug von Leistungen der Krankenkasse****► Nachweise vorlegen!**

Wenn Sie zurzeit Krankengeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder in den letzten 12 Monaten bezogen haben, lassen Sie bitte die nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen. Sie können auch einen anderen von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen, wenn dieser die gleichen Angaben enthält.

**Bescheinigung der Krankenkasse**

Herr/Frau

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Anschrift
--	-----------

Geburtsdatum
--------------

ist bzw. war in den letzten 12 Monaten

 arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld.

 Empfängerin von folgendem Mutterschaftsgeld.
► Betragsangaben (**brutto**) in EURO

von – bis	Tage	Tagessatz (Beitrag)	bei wöchentlich	Gesamtbetrag
Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt				Gesamtbetrag

► **Bruttobetrag** (ggf. einschließlich der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung, die zu Lasten der/des Versicherten zu entrichten sind).

**Von dem Krankengeld/Verletztengeld wurden**
 keine Beträge einbehalten

 folgende Beträge einbehalten (bitte einzeln angeben):

Zeitraum	Euro	Grund

**Bestätigung der Krankenkasse**

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift	Telefon/Fax
------------	--------------------------	-------------