



**3 Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, Euro)
		Grund der Veränderung:

**4 Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom**  **bis**  **einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten:**  ja  nein **Wenn ja, in welcher Höhe?**  Euro

**5 Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am:**   
**und endet am:**

**Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im**

1. Ausbildungsjahr	<input type="text"/> Euro	3. Ausbildungsjahr	<input type="text"/> Euro
2. Ausbildungsjahr	<input type="text"/> Euro	4. Ausbildungsjahr	<input type="text"/> Euro
davon Weihnachtsgeld/Urlaubsgeld:			<input type="text"/> Euro

**6 Zeiträume ohne Lohn/Gehalt (z.B. bei unbezahltem Urlaub, Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung)**

in der Zeit vom - bis	Tage
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zu Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welcher Höhe? <input type="text"/> Euro
-----------------------------	-------------------------------	---

**7 Steuer- und Versicherungsleistungen**

Bei dem unter der Nummer 2 aufgeführten Einkommen  
 - handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn:  ja  nein  
 - wurde/wurden **einbehalten** und **abgeführt**

a) Lohnsteuer und andere Steuern vom Einkommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die Lohnsteuer wurde auf den Arbeitnehmer abgewälzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers	Telefon/Fax/E-Mail-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>