

Absender/in

# Verdienstbescheinigung

Herr/Frau

Familienname

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Steuerklasse

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

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** €

**2 Sie/Er hatte in der Zeit vom** Datum (TT.MM.JJJJ) **bis** Datum (TT.MM.JJJJ) **(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	Steuerfreie Sachbezüge	
				<input type="checkbox"/> Sachbezüge pauschal besteuerte Sachzuwendungen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> steuerfreie Fahrtkostenzuschüsse <input type="checkbox"/> steuerfreie Verpflegungszuschüsse <input type="checkbox"/> Auslösungen und Trennungentschädigungen	<input type="checkbox"/> Winterausfallgeld <input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld <input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit <input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung zur Altersvorsorge steuerfreie Zuwendungen an eine Pensionskasse (umlagefinanzierte betriebliche Altersvorsorge, § 3 Nr. 56 EStG)	
1	2	3	4	5	6	7	
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€	€	€
<b>Insgesamt</b>	€	€	€	€	€	€	€

Veröffentlichung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung

E-Mail: info@form-solutions.de  
 www.form-solutions.de

Form-Solutions  
 Artikel-Nr. NWE62005



<b>3</b>	Falls in dem angegebenen Zeitraum Leistungen nach den Spalten 3 bis 5 nicht gezahlt wurden, geben Sie bitte nachstehend die <b>voraussichtlichen Jahresbeträge in den nächsten 12 Monaten</b> an:		
	Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien		€
	Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter		€
	Sonstige Zulagen, Sachbezüge		€
<b>4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Die Arbeitnehmerin hat einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten</b> in der Zeit vom <input style="width:100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/> bis <input style="width:100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/> in Höhe von <input style="width:100px;" type="text"/> €		
<b>5</b>	<b>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 <input style="width:100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/> in Höhe von <input style="width:100px;" type="text"/> € Grund der Verringerung / Erhöhung <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>		
<b>6</b>	<input type="checkbox"/> Das Ausbildungsverhältnis der/des Auszubildenden hat begonnen am <input style="width:100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/> und endet am <input style="width:100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/>		
	<b>Die Vergütung der/des Auszubildenden beträgt im</b>		
	1. Ausbildungsjahr	€	3. Ausbildungsjahr
	2. Ausbildungsjahr	€	4. Ausbildungsjahr
			zu erwartendes Weihnachtsgeld
			zu erwartendes Urlaubsgeld
<b>7</b>	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei Name, Anschrift der Krankenkasse <input style="width:100%; height: 40px;" type="text"/>		
<b>8</b>	<input type="checkbox"/> Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank in der Zeit vom - bis <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/> Anzahl Tage <input style="width:100px;" type="text"/>		
	Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: <input style="width:100px;" type="text"/> €		
<b>9</b>	<b>Steuer- und Versicherungsleistungen</b> Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen <input type="checkbox"/> handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn <input type="checkbox"/> wurde die Lohnsteuer einbehalten und abgeführt <input type="checkbox"/> wurden die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen einbehalten und abgeführt <input type="checkbox"/> wurden die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen einbehalten und abgeführt		
<b>10</b>	<b>Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug</b> (z.B. wg. unbezahlter Urlaub etc.): <input style="width:100%; height: 40px;" type="text"/>		

Ich versichere, dass die v.g. Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Mit freundlichen Grüßen

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

Familienname		Vorname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	

ist bzw. war in den letzten 12 Monaten

- arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld  
 Empfängerin von folgendem Mutterschaftsgeld

in der Zeit vom - bis	Anzahl Tage	Tagessatz (Beitrag)	bei wöchentlich	Gesamtbetrag (brutto!)
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€

**Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt**

=> **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	Betrag	Grund
	€	
	€	

**Bestätigung der Krankenkasse**

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