

| | | | | | | |
|--|--|---|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----|
| 6 | Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden | | Datum | | | |
| | | | hat begonnen/beginnt am: | | | |
| | | | endet am: | | | |
| | 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 | |
| 7 | Die Arbeitnehmerin/Der Arbeitnehmer/Die/DerAuszubildende ist krankenversichert bei | | Krankenkasse | | | |
| 8 | Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank | | | | | |
| | 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 | | |
| Steuer- und Versicherungsleistungen | | | | | | |
| Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen | | | | | | |
| 9 | - handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal versteuerten Arbeitslohn | | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja | |
| | - wurde/wurden einbehalten und abgeführt: | | | | | |
| | a) | Lohnsteuer | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja | |
| | b) | Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja | |
| | c) | Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen | <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> ja | |
| 10 | Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug (z.B. wg. unbezahltem Urlaub etc.) : | | vom | bis | | |
| Ich versichere, dass die v.g. Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. | | | | | | |
| Ort, Datum | | Stempel und Unterschrift des/r Arbeitgebers/Arbeitgeberin | | Telefon/ Fax/ E-Mail | | |

| Bescheinigung der Krankenkasse | | | | | |
|--|---|---|-----|----------------------|----------------------------------|
| Wichtig! Bei Bezug von Leistungen der Krankenkasse, Nachweise vorlegen! Wenn Krankengeld oder Mutterschaftsgeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte die nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen oder einen separaten von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen. | | | | | |
| Der umstehende Arbeitnehmer/die umstehende Arbeitnehmerin ist bzw. war in den letzten 12 Monaten | | | | | |
| | | | | | Betragsangaben (<u>brutto</u>) |
| <input type="checkbox"/> | arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt kalendertäglich Krankengeld. | vom | bis | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt kalendertäglich Krankengeld. | vom | bis | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt kalendertäglich Krankengeld. | vom | bis | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Empfängerin von folgendem kalendertäglichen Mutterschaftsgeld. | vom | bis | | EUR |
| Vom Krankengeld wurden | | | | | |
| <input type="checkbox"/> keine Beiträge einbehalten | | | | | |
| <input type="checkbox"/> folgende Beiträge einbehalten: | | | | | |
| Beitragsart: | | vom | bis | | EUR |
| Ort, Datum | | Stempel und Unterschrift der Krankenkasse | | Telefon/ Fax/ E-Mail | |