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, Trennungsentschädigungen, 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				
		Weihnachtsgeld, Jahresprämien	Zusätzliches Urlaubsgeld, zusätzliche Monatsgehälter	Sonstige Zulagen ☐ Sachbezüge ☐ pauschal besteuerte Sachzuwendungen ☐ _____	Steuerfreie Zuschüsse und Entschädigungen ☐ steuerfreie Fahrtkostenzuschüsse ☐ steuerfreie Verpflegungszuschüsse ☐ Auslösungen und Trennungsentschädigungen ☐ _____	Sonstige steuerfreie Zulagen/ Bezüge ☐ Kurzarbeitergeld ☐ Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit ☐ Entgeltumwandlung zur Altersvorsorge ☐ steuerfreie Zuwendungen an eine Pensionskasse (umlagefinanzierte betriebliche Altersvorsorge, § 3 Nr. 56 EStG) ☐ _____
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
1	2	3	4	5	6	7
Insgesamt						

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

4	**Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom bis einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten**	
	☐ nein ☐ ja	In welcher Höhe EUR
5	**Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?**	
	☐ nein ☐ ja	Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, EUR)
		Grund der Veränderung
6	**Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am**	
	und 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 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?	
	☐ nein ☐ ja	In welcher Höhe EUR

9	**Steuer- und Versicherungsleistungen**		
	Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen		
	- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn	☐ nein	☐ ja
	- wurde/wurden vom Bruttoentgelt einbehalten und abgeführt		
	a) die Lohnsteuer	☐ nein	☐ ja
	b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	☐ nein	☐ ja
	c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	☐ nein	☐ ja

10	**Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug** (z.B. wg. unbezahlter Urlaub etc.) :

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/in**	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
von – bis	Tage	Tagessatz (Beitrag)	bei wöchentlich	Gesamtbetrag
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