



### 3. Änderung des Bruttoeinkommens

Das in Ziffer 2 genannte Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten

verringern .....  nein  ja, ab (Datum) \_\_\_\_\_ auf jährlich \_\_\_\_\_ EUR

erhöhen .....  nein  ja, ab (Datum) \_\_\_\_\_ auf jährlich \_\_\_\_\_ EUR

Die Höhe der in Ziffer 2 genannten Zuwendungen wird sich in den nächsten 12 Monaten verändern

nein  ja, (Art) \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_ EUR

ja, (Art) \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_ EUR

### 4. Soziale Abgaben/Steuern

Der Arbeitnehmer/ Die Arbeitnehmerin entrichtet

a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung .....  ja  nein

gesetzlichen Rentenversicherung .....  ja  nein

b) Steuern vom Einkommen  ja  nein

### 5. Krankheits- oder Beurlaubungszeiten

Der Arbeitnehmer/ Die Arbeitnehmerin war oder ist ohne Anspruch

auf Lohnfortzahlung in der Zeit ..... vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

..... vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)

#### Hinweis

Telefon: \_\_\_\_\_



Wenn Krankengeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte diesen Vordruck von der zuständigen Krankenkasse vervollständigen lassen. Für den Nachweis des Bruttoeinkommens und des Krankengeldes besteht auch die Möglichkeit, zwei getrennte Formulare zu verwenden.

### Bescheinigung der Krankenkasse (bei Bezug von Krankengeld)

Der umseitig genannte Arbeitnehmer/Die umseitig genannte Arbeitnehmerin war in den letzten 12 Monaten vor Ausstellung dieser Bescheinigung arbeitsunfähig und erhielt

#### Kranken- und Hausgeld

in der Zeit	Betrag	Zahlungszeitraum
vom _____ bis _____	_____ EUR (tägl. _____ EUR)	für 5-6-7 Tage je Woche
vom _____ bis _____	_____ FLIR (tägl. _____ FLIR)	für 5-6-7 Tage je Woche
vom _____ bis _____	_____ FLIR (tägl. _____ FLIR)	für 5-6-7 Tage je Woche
vom _____ bis _____	_____ FLIR (tägl. _____ FLIR)	für 5-6-7 Tage je Woche

Hat der Leistungsempfänger von den vorgenannten Beträgen Beiträge für Ausfallzeiten zur gesetzlichen Rentenversicherung zu tragen?

(§ 1385 b RVO - § 112 b AVG)  ja  nein

Berlin, den \_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift der Krankenkasse)

Telefon: \_\_\_\_\_