



### 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:

Telefon \_\_\_\_\_

### Hinweis



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 _____ Tage je Woche
vom _____	bis _____	_____ EUR (tägl. _____)	EUR für _____ Tage je Woche
vom _____	bis _____	_____ EUR (tägl. _____)	EUR für _____ Tage je Woche
vom _____	bis _____	_____ EUR (tägl. _____)	EUR für _____ Tage je Woche

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

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

Stempel und  
Unterschrift der  
Krankenkasse:

Telefon \_\_\_\_\_