

4	Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, EUR) <hr/> Grund der Verringerung

5	Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten erhöhen?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, EUR) <hr/> Grund der Erhöhung

6	Das Ausbildungsverhältnis der/des Auszubildenden hat begonnen am <input type="text"/> und endet am <input type="text"/>		
	Die Vergütung der/des Auszubildenden beträgt im		
	1. Ausbildungsjahr	EUR	3. Ausbildungsjahr
	2. Ausbildungsjahr	EUR	4. Ausbildungsjahr
	Zu erwartendes Weihnachtsgeld		EUR
Zu erwartendes Urlaubsgeld		EUR	

7	Zeiträume ohne Lohn-/Gehaltsbezug (z.B. wegen unbezahltem Urlaub etc.):

8	Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank	
	in der Zeit vom – bis	Tage
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welcher Höhe? EUR	

9	Die Arbeitnehmerin/Der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei
Krankenkasse	

10	Steuer- und Versicherungsleistungen	
	Bei dem unter Nr. 1 aufgeführten Einkommen	
	- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	- wurde/wurden einbehalten und abgeführt	
	a) die Lohnsteuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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 der Arbeitnehmerin/des Arbeitgebers	Telefon / Fax / E-Mail-Adresse