

4 Änderung des Bruttoeinkommens					
Das unter Nummer 2 genannte Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten					
verringern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab	Datum	auf jährlich	€
erhöhen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab	Datum	auf jährlich	€

5 Krankheitszeiten	
Der/die Arbeitnehmer/in war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank:	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> die dafür geleistete Lohnzahlung bzw. der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) ist im angegebenen Bruttoeinkommen enthalten.
<input type="checkbox"/> Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung	von - bis
<input type="checkbox"/> Kinderbetreuungszeiten (§ 45 SGB V) (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes)	von - bis

6 Bestätigung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers			
Ich versichere, dass die unter den Nummern 1 bis 5 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.			
Ort, Datum	Telefon	Fax	Stempel und Unterschrift
	E-Mail		

7 Bescheinigung der Krankenkasse				
<p>☞ Wenn Sie Krankengeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder bezogen haben, bitte nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen oder einen separaten von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen.</p> <p>Der / die umstehend genannte Arbeitnehmer / in ist bzw. war in den letzten 12 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld.</p> <p><input type="checkbox"/> erhielt Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V).</p> <p><input type="checkbox"/> Empfängerin von folgendem Mutterschaftsgeld.</p> <p>☞ Bei den Beträgen bitte den Bruttobetrag angeben, ggf. einschließlich der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung, die zu Lasten der/des Versicherten zu entrichten sind.</p>				
	von - bis	Tagessatz	Gesamtbetrag	
	von - bis	Tage	bei wöchentlich (Tagen)	€
	von - bis	Tage	bei wöchentlich (Tagen)	€
	von - bis	Tage	bei wöchentlich (Tagen)	€
Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt				€

8 Bestätigung der Krankenkasse			
Ich versichere, dass die unter Nummer 7 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.			
Ort, Datum	Telefon	Fax	Stempel und Unterschrift
	E-Mail		

9 Bezug von Leistungen der Agentur für Arbeit	
<p>☞ Erhalten oder erhielten Sie in den letzten 12 Monaten Lohn- und/oder Einkommensersatzleistungen (wie z.B. Arbeitslosengeld, Ausbildungsgeld nach § 122 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III), Berufsausbildungsbeihilfe oder Unterhaltsgeld), dann legen Sie bitte die Leistungsbescheide vor.</p>	