

Name, Vorname
des/der Auszubildenden

Wohnort

Förderungsnummer: 5 3 8 0 0

Arbeitgeberbescheinigung

nach § 47 Abs. 5 BAföG

für das Kalenderjahr 2018

Die Bescheinigung betrifft das Einkommen des Vaters der Mutter des Ehegatten

1. Arbeitsverhältnis

Herr/ Frau

wohnhaft in

war hier beschäftigt :

vom 01.01. bis 31.12.2018 ohne Unterbrechung

vom .2018 bis .2018

Handelte es sich dabei um eine geringfügige Beschäftigung (sog. Mini-Job)?

Ja Nein

Wenn ja, wurden vom Arbeitnehmer Eigenanteile zur Rentenversicherung gezahlt?

Ja Nein

2. Einkommen

- Steuerpflichtiger Bruttoarbeitslohn/-vergütung (bei Mini-Jobs: Bruttoarbeitslohn)

€

- Lohn- und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag.....

€

3. Vermögenswirksame Leistungen

Wurde ein Arbeitgeberanteil zur tarifrechtlichen VL gezahlt?

ja nein

4. Sonstige Leistungen des Arbeitgebers oder Dritter

- Abfindungen.....

€

- Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz.....

€

- Krankengeld: Er/Sie war über die Zeit der Lohnfortzahlung hinaus krank

nein ja, und zwar vom bis

wenn ja, Name und Anschrift der Krankenkasse

→ und die umseitige
Bescheinigung von der
Krankenkasse ausfüllen lassen!

- Kurzarbeitergeld (Nettobetrag).....

€

- Saison-Kurzarbeitergeld (Nettobetrag).....

€

- Insolvenzgeld.....

€

-

€

5. Nur für ausländische Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer:

Wie lange ist/war die/der obengenannte Mitarbeiterin/Mitarbeiter bei Ihnen beschäftigt?

Firmenstempel

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

Bescheinigung der Krankenkasse

(bitte nur ausfüllen lassen, wenn im Jahr 2018
eine der u. g. Leistungen bezogen wurde)

Herr/Frau

geb.

wohnhaft:

erhielt im Jahr **2018**

Krankengeld

Übergangsgeld

zutreffendes bitte ankreuzen

Mutterschaftsgeld

			Nettobetrag	
vom	<input type="text"/>	bis <input type="text"/>	<input type="text"/> €
vom	<input type="text"/>	bis <input type="text"/>	<input type="text"/> €
vom	<input type="text"/>	bis <input type="text"/>	<input type="text"/> €
vom	<input type="text"/>	bis <input type="text"/>	<input type="text"/> €
			Summe:	<input type="text"/> €

Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift der Krankenkasse