

Antragsteller/in	Name, Vorname	
Kind(er)	Name, Vorname(n)	Geburtsdatum

ARBEITGEBERBESCHEINIGUNG

Antragsteller/in ist bei uns beschäftigt seit _____

bei einer Arbeitszeit von _____ Wochenstunden,

unbefristet / befristet bis _____

Elternzeit wurde beantragt für die Zeit

vom _____ bis _____

Teilzeittätigkeit wird im Elterngeldbezug ausgeübt keine Teilzeittätigkeit

vom _____ bis _____

bei einer Arbeitszeit von _____ Wochenstunden,

geldwerter Vorteil im Elterngeldbezug (z.B. Pkw) nein

PROGNOSE DES VORAUSSICHTLICHEN EINKOMMENS BEI EINER TEILZEITÄTIGKEIT IM ELTERNGELDBEZUG

Teilzeit	Monat/Jahr	Bruttoarbeitslohn (Steuerbrutto)	Pauschal versteuerte Einkünfte (einschließlich Sachbezüge)	Einkünfte aus Midijob (Übergangszonenentgelt für SV-pflichtige Einkünfte)	Einkünfte aus Minijob (pauschal versteuerte Einkünfte)	

WEITERE ANGABEN, WENN DIE KINDESMUTTER DIE ANTRAGSTELLERIN IST

Anteiliger Jahresurlaub im Anschluss an die Mutterschutzfrist: kein Jahresurlaub

vom _____ bis _____

bei einer vorgeburtlichen Arbeitszeit von _____ Wochenstunden und einer 5/6/ _____ -Tage Woche

Die Kindesmutter hat Anspruch auf einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld oder auf beamten- bzw. soldatenrechtliche Bezüge für die Zeit der Mutterschutzfrist und zwar

vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

Die Kindesmutter hat keinen Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss. Sie erhält keine beamten- bzw. soldatenrechtlichen Bezüge in der Mutterschutzfrist.

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers oder Dienstherrn

Stempel der Firma oder der Behörde

Kindesmutter:	Name, Vorname	Geburtsdatum
Antragsteller/in (nur wenn nicht Kindesmutter)	Name, Vorname	Geburtsdatum
Kind(er)	Name, Vorname	Geburtsdatum

VON DER KRANKENKASSE DER KINDESMUTTER AUSZUFÜLLEN

(nur wenn noch keine Bescheinigung ausgestellt wurde)

Mitgliedsnummer _____

Die Kindesmutter hat Anspruch auf Mutterschaftsgeld

von _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

von _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

Die Kindesmutter hat keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

Datum, Unterschrift der Sachbearbeiterin / des Sachbearbeiters

Stempel der Krankenkasse