

Antragsteller/in: Name, Vorname

Kind(er): Name, Vorname(n)

Geburtsdatum:

Arbeitgeberbescheinigung

Antragsteller(in) ist/ war 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
 vom _____ bis _____
 bei einer Arbeitszeit von _____ Wochenstunden und einer 5- / 6- / ___/ Tage-Woche.

Prognose für Teilzeittätigkeit im Elterngeldbezug :

Teilzeit	Monat/Jahr	Bruttoarbeitslohn (Steuerbrutto)	Pauschal versteuerte Einkünfte (einschließlich Sach- bezüge)	Einkünfte aus Midijob (Gleitzoneberechnung 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
 vom _____ bis _____
 bei einer vorgeburtlichen Arbeitszeit von _____ Wochenstunden und einer 5- / 6- / ___/ Tage-Woche.
- die Kindesmutter hat Anspruch auf einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld / beamten- bzw. soldatenrechtliche Bezüge für die Zeit der Mutterschutzfrist
- 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 / erhält keine beamten- bzw. soldatenrechtliche Bezüge in der Mutterschutzfrist

 Datum, Unterschrift des Arbeitgebers/ Dienstherrn

 Stempel Arbeitgeber/ Dienstherr

Kindesmutter: Name, Vorname

Geburtsdatum:

Antragsteller/in:

(nur wenn nicht Kindesmutter) Name, Vorname

Geburtsdatum:

Kind(er):

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum:

**Von der Krankenkasse auszufüllen
(nur wenn noch keine Bescheinigung ausgestellt wurde)**

Mitgliedsnummer _____

die Kindesmutter hat Anspruch auf Mutterschaftsgeld

vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

vom _____ bis _____ kalendertäglicher Zahlbetrag _____ Euro

die Kindesmutter hat keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld

Datum, Unterschrift der Krankenkasse

Stempel der Krankenkasse