



Personalkostenblatt

Datum

Anschrift des Trägers

Jahr Einrichtung

Name Geburtsdatum

Tätigkeit Weiterbildung (Jahr)

Name der Krankenkasse

Beitragssatz

Krankenversicherung (KV) <input type="text"/> %	Rentenversicherung (RV) <input type="text"/> %	Arbeitslosenversicherung (AV) <input type="text"/> %	Pflegeversicherung (PV) <input type="text"/> %	Umlage <input type="text"/> %
---	--	--	--	-------------------------------

Familienstand Partner im ÖD Wochenstunden

Tarif* TVöD Bund/Länder Gemeinde anderes

Entgeltgruppe Stufe Kinder (Anzahl) Alter**

Entgelt entsprechend AZ EUR

Besitzstand EUR

VWL EUR

Brutto EUR

Arbeitgeberanteile EUR

Gesamt EUR

* Zutreffendes bitte ankreuzen
 ** Für Kinder über das 16. Lebensjahr ist eine Bestätigung für eine eventuelle Weiterbewilligung des erhöhten Ortszuschlages zu erbringen.



Monat	Bruttovergütung <small>(lt. Zusammensetzung Seite 1)</small>	Arbeitgeberanteile %	Insgesamt 100 %	Anteile <small>(lt. Antrag)</small> %
Januar	EUR	EUR	EUR	EUR
Februar	EUR	EUR	EUR	EUR
März	EUR	EUR	EUR	EUR
April	EUR	EUR	EUR	EUR
Mai	EUR	EUR	EUR	EUR
Juni	EUR	EUR	EUR	EUR
Gesamtsumme 1. Halbjahr			EUR	EUR
Urlaubsgeld	EUR	EUR	EUR	EUR
Juli	EUR	EUR	EUR	EUR
August	EUR	EUR	EUR	EUR
September	EUR	EUR	EUR	EUR
Oktober	EUR	EUR	EUR	EUR
November	EUR	EUR	EUR	EUR
Dezember	EUR	EUR	EUR	EUR
BGS* %	EUR	EUR	EUR	EUR
Gesamtsumme 2. Halbjahr			EUR	EUR
Gesamtsumme 1. und 2. Halbjahr			EUR	EUR
Gesamtbetrag <small>(in den zahlenmäßigen Nachweis übertragen)</small>			EUR	EUR

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift des Zuwendungsempfängers bzw. Bescheinigung der Vergütungs-/Lohnfestsetzungsstelle

* Berufsgenossenschaft