



# 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
<b>Gesamtsumme 1. Halbjahr</b>			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
<b>Gesamtsumme 2. Halbjahr</b>			EUR	EUR
<b>Gesamtsumme 1. und 2. Halbjahr</b>			EUR	EUR
<b>Gesamtbetrag</b> <small>(in den zahlenmäßigen Nachweis übertragen)</small>			EUR	EUR

Ort, Datum

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

\* Berufsgenossenschaft