

Meldebesccheinigung zur Sozialversicherung

gemäß § 25 DEÜV

VKZ: I03

129805 / 480
Datum: 25.04.2022
Seite: 1

ACHTUNG: Die Daten wurden im Schulungs-
***modus verarbeitet! ***

Perm GmbH Löhrrstraße 45*56068 Koblenz

Pers.-Nr. 00007

SV
I03
00480

Marianne Hild
Kratzehoferweg 16
56333 Winnigen

Pers.-Nr. 00007 Erstellungs-/Übermittlungsdatum

Versicherungsnummer 81240879K851 Geburtsdatum

Geburtsname (falls Versicherungsnummer unbekannt)

Geburtsort (falls Versicherungsnummer unbekannt)

Geschlecht (falls Versicherungsnummer unbekannt)

Geburtsland (falls Meldung europ. Vers.Nr.)

Europäische Versicherungsnummer

WICHTIGES DOKUMENT - sorgfältig aufbewahren !
IMPORTANT DOCUMENT - Please keep in a safe place !
ÖNEMLI BELGE - titizlikle saklayiniz
DOCUMENTO IMPORTANTE - Conservare accuratamente !
Σπουδαιο εγγραφο. - Διαφυλαξτε το προσεκτικα.

IMPORTANTE DOCUMENTO - guárdelo cuidadosamente
VAZAN DOKUMENT - brizljivo cuvati
DOCUMENTO IMPORTANTE: guardar cuidadosamente
DOCUMENT IMPORTANT A conserver précieusement.

Folgende Angaben wurden gemäß DEÜV an den zuständigen Träger der Sozialversicherung/Rentenversicherung übermittelt:

Grund der Abgabe	10	Anmeldung Beschäftigungsbeginn
mit Namensmeldung	Ja	
mit Anschriftenmeldung	Ja	
Stornierung	Nein	
Betriebs-Nr. Krankenkasse/Einzugsstelle	42938966	EK BARMER
Betriebs-Nr. Arbeitgeber	76472352	
Personengruppe	101	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
Statuskennzeichen		
Staatsangehörigkeit	000	deutsch
Angaben zur Tätigkeit	621022211	
Mehrfachbeschäftigung		
Betriebsstätte (Rechtskreis)	West	
Beitragsgruppen		
Krankenversicherung	1	Allgemeiner Beitrag
Rentenversicherung	1	Voller Beitrag
Arbeitslosenversicherung	1	Voller Beitrag
Pflegeversicherung	1	Voller Beitrag
Kennzeichen Midijob		
Beschäftigungszeitraum	01.07.2021 bis	
Bruttoarbeitsentgelt		Euro

- Bitte inhaltlich überprüfen auf Übereinstimmung mit den entsprechenden Entgeltabrechnungsnachweisen! -

Berechnungsschema Firmenwagen - geldwerter Vorteil für Juli 2021

129805/ 480/I03
Datum: 21.04.2022
Seite: 1
Pers.-Nr.: 00001

Perm GmbH*Lohrstraße 45*56068 Koblenz

Pers.-Nr. 00001

FW
I03
00480

Walther Vogel
Himmelsweg 5
56068 Koblenz

Fahrzeugkennz.: KO PM 4258
Fahrzeughersteller: Mercedes-Benz

Fahrzeugmodell: MercedesBenz CLA 200
Shooting Brake
Fahrzeugbeschr./ 5-türig, Farbe:
Fahrgestellnummer: denimblau metallic

Bruttolistenpreis: 48.900,00
Nutzungshäufigkeit: Regelmäßig
Nutzungsende:
Einzelbewertung: ¹ Nein

Privatfahrten

		Berechnungsgrundlage	Bereits abgerechnet	Abzurechnen
Bruttolistenpreis ²		48.900,00		
* Prozentsatz		1,000		
* Fahrkilometer ³				
= Geldwerter Vorteil		489,00		489,00
Lohnart	Bezeichnung			Betrag
2410	Privatfahrten			489,00

Fahrten zwischen Wohnung und Tätigkeitsstätte

		Berechnungsgrundlage	Bereits abgerechnet	Abzurechnen
Bruttolistenpreis ²		48.900,00		
* Prozentsatz		0,030		
* Einfache Entfernung		9		
* Faktor ³				
* Arbeitstage ³				
= Geldwerter Vorteil		132,03		132,03
Einfache Entfernung ⁴		9		
* km-Pauschale		0,30		
* Pauschalierungstage		15		
= Entfernungspauschale		40,50		
- bereits pauschal versteuerte Fahrtkosten ⁵		0,00		
= Pauschalierungsfähiger Anteil		40,50		40,50
Lohnart	Bezeichnung			Betrag
2420	Fahrten Wohnung/Arbeit			91,53
2440	Fahrten Wohnung/Arbeit, p. St.			40,50

Familienheimfahrten

		Berechnungsgrundlage	Bereits abgerechnet	Abzurechnen
Bruttolistenpreis ²				
* Prozentsatz				
* Einfache Entfernung				
* Anzahl der Fahrten ⁶				
= Geldwerter Vorteil				
Lohnart	Bezeichnung			Betrag

¹ Einzelbewertung der tatsächlichen Fahrten zwischen Wohnung und Tätigkeitsstätte
² Auf volle hundert Euro abgerundet

³ Nur bei gelegentlicher Nutzung
⁴ Ab dem 1. Kilometer

⁵ Aus Festbezügen und Bewegungsdaten
⁶ Ab der zweiten Familienheimfahrt je Woche

**DÜ-Protokoll zum Antrag auf Erstattung
für Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit - U1**

I03 129805/ 480/00002
Datum: 25.04.2022
Seite: 1
DÜ am:

*** ACHTUNG: Die Daten wurden im Schulungsmodus verarbeitet! ***

Angaben zum Arbeitgeber
Betriebsnummer: 76472352

Betriebsnummer des Steuerberaters: 76472352

Angaben zum Empfänger
Betriebsnummer: 42938966 EK BARMER

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin
Müller, Sabine

Sozialversicherungsnummer: 58020385W525

☐ PKV versichert ☐ LKK versichert ☐ Geringfügige Beschäftigung (Minijob)

Beschäftigt seit dem: 01.02.2006

Erstattungszeitraum von: 01.07.2021 bis: 26.07.2021

☒ Endabrechnung ☐ Zwischenabrechnung ☐ Stornierung

Ist die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? ☐ ja ☒ nein

War der Arbeitnehmer wegen Schädigung durch einen Dritten arbeitsunfähig? ☐ ja ☒ nein

Abtretung nach § 5 AAG ☐ ja ☒ nein

Letzter Arbeitstag/von Bord am: 14.06.2021

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): 2.900,00

Art der Ausfallzeit: **Kalendertage** Ausfallzeit: 26,00

Arbeitszeit wöchentlich: 40,00

Arbeitszeit täglich: 8,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 2.513,33

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 0,00

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 65,00 Erstattungsbetrag: 1.633,66

Der Erstattungsbetrag

☐ soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

☒ soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden.

Kontoinhaber:
Perm GmbH
Name des Geldinstituts

Bank: **GENODEF1P12**
Konto: **DE56 5709 0900 0013 3150 25**

Verwendungszweck:
Erstattung nach AAG - U1
01. bis 26.07.2021

**Berechnungsschema zum Antrag auf Erstattung
für Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit - U1**

Angaben zum Mitarbeiter

Name: **Müller**
Vorname: **Sabine**
Versicherungsnummer: **58020385W525**

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: 01.07.2021 bis: 26.07.2021
Abrechnungsmonat: 07/2021

Angaben zur Kasse

Name: **EK BARMER**
Betriebsnummer: **42938966**
Erstattungssatz: **65,00 %**
Begrenzung auf BBG: **Ja**
Erstattung der AG-Anteile zur SV: **Kein Wert**

Fortzuzahlende Ausfallzeiten	pro Abrechnungsmonat	pro Zeitraum
Volle Kalendertage	26	26
Volle Arbeitstage	18	
Arbeitsstunden insgesamt	144,00	

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
2000	Grundgeha	2.565,00	2.850,00	*26,00/30	2.470,00
2900	AG-Zusch.		30,00	*26,00/30	26,00
3100	AG-Anteil		20,00	*26,00/30	17,33
Gesamtbetrag pro Monat					2.513,33
* 65,00%					1.633,66
+ AG-Anteile zur SV					0,00
Erstattungsbetrag					1.633,66

für den Zeitraum ab: 27.07.2021
Abrechnungsstelle: 76472352
Arbeitgeber: 76472352
Perm GmbH
Krankenkasse: 42938966
EK BARMER

erstellt: Juli 2021
Pers.-Nr.: 00002
Vorname: Sabine
Familiennamen: Müller
SV-Nummer: 58020385W525
Aktenzeichen SV:

1. Allgemeine Angaben

Arbeitsentgelt weitergezahlt bis: 26.07.2021 Beginn Arbeitsunfähigkeit: 15.06.2021

☐ Am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit wurde noch gearbeitet

Angaben zum fortgezählten laufenden Arbeitsentgelt, das zusammen mit dem **Krankengeld**
das Vergleichsnetto um mehr als 50 € überschreitet: Brutto mtl.: ☐ Unbegrenzt
bis:

Arbeitsverhältnis wurde beendet zum:

am:

durch:

☐ Pflegeversicherungszuschlag für Kinderlose
☐ Teilnahme am Arbeitszeitmodell (z. B. Altersteilzeit)

☐ Erhalt von
Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder im Abrechnungszeitraum
vom: bis: bei

Lohnausgleich Gerüstbaugewerbe:

2. Arbeitsentgelt

Lfd. Entgelt vereinbart:

Art des Entgelts: Monatslohn

Brutto:

Netto:

Beitragsfreies umgewandeltes Arbeitsentgelt:

Letzter Zeitraum vor Unterbrechung	Lfd. Brutto tatsächlich	Lfd. Netto tatsächlich
01.05.2021 - 31.05.2021	2.870,00	1.903,17

Gezahltes Transfer-Kurzarbeitergeld:

Brutto Soll-Arbeitsentgelt:

Brutto Ist-Arbeitsentgelt:

Aufstockungsbetrag:

Netto Soll-Arbeitsentgelt:

Netto Ist-Arbeitsentgelt:

3. Einmalzahlungen 12 Monate vor Arbeitsunfähigkeit/Freistellung

Krankenversicherung:

Rentenversicherung:

Arbeitslosenversicherung:

4. Arbeitszeit

Bruttoarbeitsentgelt gezahlt für:

Vereinbarte regelm. wöchentl. Arbeitszeit:

Letzter Zeitraum vor Unterbrechung	Anzahl Stunden

5. Fehlzeiten ohne Arbeitsentgelt

Letzter Zeitraum vor Unterbrechung	Anzahl Fehltage

6. Angaben zum Versicherungsfall für die Unfallversicherung (Unfall/Berufskrankheit)

Aktenzeichen:

Institutionskennzeichen:

Tag:

Letzter Zeitraum vor Unterbrechung	SV-freie SFN-Zuschläge

Gesamte Einmalzahlungen 12 Monate vor Arbeitsunfähigkeit/Freistellung:

7. Beitragspflichtige Einnahmen (voller Monat)

Zahlung ab:

Brutto:

Netto:

Datum: 25.04.2022
Seite: 1

Berater: 129805
Mandant: 480
Pers.-Nr.: 00002

Perm GmbH
Löhrstraße 45
56068 Koblenz

VKZ: I03

Datum: 25.04.2022
Seite: 1

Meldeverlauf Erstattung AAG für Müller, Sabine für Juli 2021

Monat	VKZ	Abgabegrund Grund der Meldung Grund der Abweichung Kennzeichen Feststellung	Aktenzeichen Krankenkasse Sozialversicherungsnummer	Betr.-Nr. AG Betr.-Nr. KK	Beginn Zeitraum Ende Zeitraum Abw. Beginn Zeitr. Abw. Ende Zeitr.	Beantragter Erstattungsbetrag AG Festgestellter Erstattungsbetrag KK	Storno
05	C02	Meldung durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse 01=Bei Arbeitsunfähigkeit	58020385W525	76472352 42938966	26.05.2021 28.05.2021	188,50	
06	F03	Meldung durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse 01=Bei Arbeitsunfähigkeit	58020385W525	76472352 42938966	15.06.2021 30.06.2021	1.005,34	
07	I03	Meldung durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse 01=Bei Arbeitsunfähigkeit	58020385W525	76472352 42938966	01.07.2021 26.07.2021	1.633,66	

Berater: 129805
Mandant: 480
Pers.-Nr.: 00007

Perm GmbH
Löhrstraße 45
56068 Koblenz

VKZ: I03

Datum: 25.04.2022
Seite: 1

Meldeverlauf DÜ elektronische Lohnsteuerkarte im Juli 2021

Name : Hild, Marianne

Anmeldung zum : 01.01.2022

Steuernummer des Arbeitgebers : 2212731666
ID-Nummer : 19857234106
Geburtsdatum : 24.08.1979
Hauptarbeitgeber : ja
Eintrittsdatum : 01.07.2021