

EZ1 129805/ 480/00005
13.03.2026 Blatt: 1

VJ Url. üb.	Url. Anspr.	Url.Tg.gen.	Resturlaub
100	2400	900	1600
Anw. Tage	Urlaub Tage	Krankh. Tg.	Fehlz. Tage
		500	
Anw. Std.	Urlaub Std.	Krankh. Std.	Fehlz. Std.
		3500	
	Zeitlohn Std.	Überstd.	Bez. Std.

Probeabrechnung

Perm GmbH*Löhrstraße 45*56068 Koblenz

Pers.-Nr. 00005

B/N
EZ1
00480

Hinweise zur Abrechnung

Kst. 2000
Std.lohn 1

Wöch.Arb.Zt. 35,00

Jeanette Beier
Moselstraße 11
56812 Cochem

Brutto-Bezüge

Lohnart	Bezeichnung	Einheit ²	Menge ³	Faktor ³	Prozentsatz	St ⁴	SV ⁴	GB ⁵	Betrag
2010	Ausbildungsvergütung					L	L	J	890,00
2900	AG-Zusch. f.Jobticket, st-frei					F	F	J	58,00
3100	AG-Anteil VWL,lfd					L	L	J	20,00

Steuer/Sozialversicherung

St ⁴	Steuer-Brutto	Lohnsteuer	Kirchensteuer	Solidaritätszuschlag					Steuerrechtliche Abzüge
L	91000								0,00
SV ⁴	KV-Brutto	RV-Brutto	AV-Brutto	PV-Brutto	KV-Beitrag	RV-Beitrag	AV-Beitrag	PV-Beitrag ⁶	SV-rechtliche Abzüge
L	91000	91000	91000	91000	8363	8463	1183	1638	196,47

Verdienstbescheinigung

Gesamt-Brutto	4.80300	SV-Brutto	4.55000
Steuer-Brutto	4.55000	KV-Beitrag	41815
Lohnsteuer	,	RV-Beitrag	42315
Kirchensteuer	,	AV-Beitrag	5915
Solidaritätszuschlag	,	PV-Beitrag	8190
Steuerfreie Bezüge	25300	VWL gesamt	20000
P. verst. Zuk.sich.	,	Kug-Auszahlung	,
	,		,
Pfändung Rest	,		,
Darlehen Rest	,		,

Netto-Bezüge/Netto-Abzüge

Lohnart	Bezeichnung	Betrag
9010	Fahrtkosten	58,00 -
9840	VWL	40,00 -

Bank	Spk Mittelmosel EMH	SV-AG-Anteil	Zus. AG-Kosten	Gesamtkosten	Auszahlungsbetrag
Konto	DE87 5875 1230 0032 1XXX XX	19647			673,53

¹ H = Hinzurechnungsbetrag

2 Std = Stunden, T = Tage, Km = Kilometer, St = Stück
EUR = Euro, Tsd = Tausend Euro, Mio = Million Euro

³ Gegebenenfalls Netto-Lohn/Netto-Stundenlohn

- Dies ist eine Entlohnungsbescheinigung nach § 108 Abs. 3 Satz 1 der Gewerbeordnung -

Form.-Nr. PCGN16

⁴ L = Laufender Bezug, S = Sonstiger Bezug, F = Frei, E = Einmalbezug, P = Pauschalierung, A = Abfindung, M = mehrjähriger Bezug, N = Nachberechnung V = Vorjahr, W = Entgeltquothaben

⁵ J = Bestandteil des Gesamt-Bruttos

⁶ Z = Einschl. Beitragszuschlag zur PV für Kinderlose.

- E = Elterneigenschaft nachgewiesen, 1-5 = Anzahl Kinder für PV

⁷ MFB = Mehrfachbeschäftigung

⁸ Maßgeblicher Beitragssatz zur KV inkl. Zusatzbeitrag



PROBEABRECHNUNG

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

EZ1 129805/ 480/00005
Datum: **13.03.2026**
Seite: **1**
DÜ am:

***** ACHTUNG: Die Daten wurden noch nicht an das RZ gesendet! *****

Angaben zum Arbeitgeber
Betriebsnummer: **76472352**

Betriebsnummer des Steuerberaters: **76472352**

Angaben zum Empfänger
Betriebsnummer: **29137937 EK Kaufmännische Krankenkasse**

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin
Beier, Jeanette

Sozialversicherungsnummer: **15050105B525**

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

Beschäftigt seit dem: **01.08.2024**

Erstattungszeitraum von: **12.05.2025** bis: **16.05.2025**

☐ 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: **09.05.2025**

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): **968,00**

Art der Ausfallzeit: **Kalendertage** Ausfallzeit: **5,00**

Arbeitszeit wöchentlich: **35,00**

Arbeitszeit täglich: **7,00**

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): **161,33**

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: **0,00**

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: **0,00**

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): **0,00**

Erstattungssatz in vom Hundert: **70,00** Erstattungsbetrag: **112,93**

Der Erstattungsbetrag

☐ soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

☒ soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden.

Kontoinhaber:
Perm GmbH
Name des Geldinstituts

Bank: **MALADE51KOB**
Konto: **DE29 5705 0120 0138 4431 06**

Verwendungszweck:
Erstattung nach AAG - U1
12. bis 16.05.2025

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

Angaben zum Mitarbeiter

Name: **Beier**
Vorname: **Jeanette**
Versicherungsnummer: **15050105B525**

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **12.05.2025** bis: **16.05.2025**
Abrechnungsmonat: **05/2025**

Angaben zur Kasse

Name: **EK Kaufmännische Krankenkasse**
Betriebsnummer: **29137937**
Erstattungssatz: **70,00 %**
Begrenzung auf BBG: **Ja**
Erstattung der AG-Anteile zur SV: **Kein Wert**

Fortzuzahlende Ausfallzeiten	pro Abrechnungsmonat	pro Zeitraum
Volle Kalendertage	5	5
Volle Arbeitstage	5	
Arbeitsstunden insgesamt	35,00	

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
2010	Ausbildun		890,00	* 5,00/30	148,33
2900	AG-Zusch.		58,00	* 5,00/30	9,67
3100	AG-Anteil		20,00	* 5,00/30	3,33
				Gesamtbetrag pro Monat	161,33
				* 70,00%	112,93
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				Erstattungsbetrag	112,93