

EZ1 129805/ 480/00003
13.03.2026 Blatt: 1

VJ Url. üb.	Url. Anspr.	Url.Tg.gen.	Resturlaub
100	2900		3000
Anw. Tage	Urlaub Tage	Krankh. Tg.	Fehlz. Tage
		300	
Anw. Std.	Urlaub Std.	Krankh. Std.	Fehlz. Std.
		2100	
	Zeitlohn Std.	Überstd.	Bez. Std.
	14400		17900

- Beson.Pau. §40 Abs 2 EStG	120,00
-----------------------------	--------

Marion Wegmann
Engerser Landstr. 218
56564 Neuwied

Lohnart	Bezeichnung	Einheit ²	Menge ³	Faktor ³	Prozentsatz	St ⁴	SV ⁴	GB ⁵	Betrag
1000	Stundenlohn lt. Tarif	Std	144,00	24,85		L	L	J	3.578,40
1012	Feiertagslohn	Std	14,00	24,85		L	L	J	347,90
1650	Lohnfortzahlung, Std.	Std	21,00	24,85		L	L	J	521,85
2951	Fahrtkostenzuschuss, p.St.					P	F	J	120,00
3100	AG-Anteil VWL, lfd					L	L	J	10,00

St ⁴	Steuer-Brutto	Lohnsteuer	Kirchensteuer	Solidaritätszuschlag					Steuerrechtliche Abzüge
L	4.45815	64641							646,41
SV ⁴	KV-Brutto	RV-Brutto	AV-Brutto	PV-Brutto	KV-Beitrag	RV-Beitrag	AV-Beitrag	PV-Beitrag ⁶	SV-rechtliche Abzüge
L	4.45815	4.45815	4.45815	4.45815	39788	41461	5796	10700	977,45

Gesamt-Brutto	23.29734	SV-Brutto	23.05734
Steuer-Brutto	23.05734	KV-Beitrag	2.05786
Lohnsteuer	3.43656	RV-Beitrag	2.14433
Kirchensteuer	,	AV-Beitrag	29974
Solidaritätszuschlag	,	PV-Beitrag	55338
Steuerfreie Bezüge	,	VWL gesamt	18000
P. verst. Zuk.sich.	,	Kug.-Auszahlung	,
	,		,
Pfändung Rest	,		,
Darlehen Rest	,		,

Lohnart	Bezeichnung
9840	VWL

SV-AG-Anteil	Zus. AG-Kosten	Gesamtkosten
95070		

Netto-Verdienst
2.954,29

Betrag
36,00 -

Auszahlungsbetrag
2.918,29

5 J = Bestandteil des Gesamt-Bruttos
6 Z = Einschl. Beitragszuschlag zur PV für Kinderlose,
7 E = Elterneigenschaft nachgewiesen, 1-5 = Anzahl Kinder für PV
8 MFB = Mehrfachbeschäftigung
9 Maßgeblicher Beitragsatz zur KV inkl. Zusatzbeitrag

- Dies ist eine Entgeltbescheinigung nach § 108 Abs. 3 Satz 1 der Gewerbeordnung -
Form.-Nr. PCGN16

PROBEABRECHNUNG

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

EZ1 129805/ 480/00003
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: **55811201 IKK Südwest**

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin
Wegmann, Marion

Sozialversicherungsnummer: **58251183W653**

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

Beschäftigt seit dem: **01.03.2006**

Erstattungszeitraum von: **06.05.2025** bis: **08.05.2025**

☐ 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: **05.05.2025**

Art des Entgelts: **Stundenlohn** Entgelt (ohne BAV): **25,47**

Art der Ausfallzeit: **Arbeitsstunden** Ausfallzeit: **21,00**

Arbeitszeit wöchentlich: **40,00**

Arbeitszeit täglich: **6,67**

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): **534,85**

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: **0,00**

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

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

Erstattungssatz in vom Hundert: **70,00** Erstattungsbetrag: **374,40**

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
06. bis 08.05.2025

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

Angaben zum Mitarbeiter

Name: **Wegmann**
Vorname: **Marion**
Versicherungsnummer: **58251183W653**

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **06.05.2025** bis: **08.05.2025**
Abrechnungsmonat: **05/2025**

Angaben zur Kasse

Name: **IKK Südwest**
Betriebsnummer: **55811201**
Erstattungssatz: **70,00 %**
Begrenzung auf BBG: **Ja**
Erstattung der AG-Anteile zur SV: **Kein Wert**

Fortzuzahlende Ausfallzeiten	pro Abrechnungsmonat	pro Zeitraum
Volle Kalendertage	3	
Volle Arbeitstage	3	
Arbeitsstunden insgesamt	21,00	21,00

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
1650	Lohnfortz		521,85	Gemäß Buchung	521,85
2951	Fahrtkost		120,00	* 3,00/30	12,00
3100	AG-Anteil		10,00	* 3,00/30	1,00
				Gesamtbetrag pro Monat	534,85
				* 70,00%	374,40
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				Erstattungsbetrag	374,40