

Abrechnung der Brutto/Netto-Bezüge für Juni 2025

Personal-Nr.	Geburtsdatum	StKl	Faktor	Ki.Frbtr.	Konfession	Freibetrag jährl. ¹	Freibetrag mtl. ¹	DBA	Midijob	St.-Tg.
00002	020385	4		05	ev					30
SV-Nummer	Krankenkasse				KK % ⁸	PGRS	BGRS	Um.	SV-Tg.	
58020385W525	BARMER				1789101	1111	1	30		

VJ Url. üb.	Url. Anspr.	Url.Tg.gen.	Resturlaub
	2400	400	2000
Anw. Tage	Urlaub Tage	Krankh. Tg.	Fehlz. Tage
		1300	
Anw. Std.	Urlaub Std.	Krankh. Std.	Fehlz. Std.
		10400	
	Zeitlohn Std.	Überstd.	Bez. Std.

Probeabrechnung

Perm GmbH*Löhrstraße 45*56068 Koblenz

Pers. -Nr. 00002

B/N
HZ1
00480

Hinweise zur Abrechnung

Kst. 2000 Wöch.Arb.Zt. 40,00
Std.lohn 1

Sabine Müller
Hohlweg 80
56070 Koblenz

Brutto-Bezüge

Lohnart	Bezeichnung	Einheit ²	Menge ³	Faktor ³	Prozentsatz	St ⁴	SV ⁴	GB ⁵	Betrag
2000	Grundgehalt					L	L	J	2.850,00
2900	AG-Zusch. f.Jobticket, st-frei					F	F	J	58,00
3100	AG-Anteil VWL, lfd					L	L	J	20,00
4000	Urlaubsgeld					S	E	J	1.500,00

Steuer/Sozialversicherung

St ⁴	Steuer-Brutto	Lohnsteuer	Kirchensteuer	Solidaritätszuschlag	SV ⁴	KV-Brutto	RV-Brutto	AV-Brutto	PV-Brutto	KV-Beitrag	RV-Beitrag	AV-Beitrag	PV-Beitrag ⁶	Betrag
L	2.870,00	274,66	1991		L	2.870,00	2.870,00	2.870,00	2.870,00	256,72	266,91	3731	1	5166
S	1.500,00	330,00	2970		E	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	134,18	139,50	1950	1	2700

Verdienstbescheinigung

Gesamt-Brutto	19.039,85	SV-Brutto	18.863,85
Steuer-Brutto	18.863,85	KV-Beitrag	1.687,37
Lohnsteuer	2.009,55	RV-Beitrag	1.754,34
Kirchensteuer	151,92	AV-Beitrag	245,23
Solidaritätszuschlag		PV-Beitrag	339,55
Steuerfreie Bezüge	176,00	VWL gesamt	240,00
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 Commerzbank Koblenz
Konto DE55 5708 0070 0005 2XXX XX

SV-AG-Anteil 93278
Zus. AG-Kosten
Gesamtkosten

Auszahlungsbetrag
2.742,95

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

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

HZ1 129805/ 480/00002
Datum: **23.04.2026**
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: **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: **12.06.2025** bis: **30.06.2025**

☐ 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: **11.06.2025**

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): **2.928,00**

Art der Ausfallzeit: **Kalendertage** Ausfallzeit: **19,00**

Arbeitszeit wöchentlich: **40,00**

Arbeitszeit täglich: **8,00**

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): **1.854,40**

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: **0,00**

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

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

Erstattungssatz in vom Hundert: **65,00** Erstattungsbetrag: **1.205,36**

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 30.06.2025

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

Angaben zum Mitarbeiter

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

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **12.06.2025** bis: **30.06.2025**
Abrechnungsmonat: **06/2025**

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	19	19
Volle Arbeitstage	13	
Arbeitsstunden insgesamt	104,00	

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
2000	Grundgehalt		2.850,00	*19,00/30	1.805,00
2900	AG-Zusch.		58,00	*19,00/30	36,73
3100	AG-Anteil		20,00	*19,00/30	12,67
				Gesamtbetrag pro Monat	1.854,40
				* 65,00%	1.205,36
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				Erstattungsbetrag	1.205,36