

Abrechnung der Brutto/Netto-Bezüge für Januar 2026

Personal-Nr.	Geburtsdatum	StKl	Faktor	Ki.Frbtr.	Konfession	Freibetrag jährl. ¹	Freibetrag mtl. ¹	DBA	Midijob	St.-Tg.
00005	050105	1				rk				30
SV-Nummer	Krankenkasse				KK % ⁸	PGRS	BGRS	Um.	SV-Tg.	
15050105B525	KKH				1838102	1111	1	30		

VJ Url. üb.	Url. Anspr.	Url.Tg.gen.	Resturlaub
300	2400		2700
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
221
00480

Hinweise zur Abrechnung

Kst. 2000 Wöch.Arb.Zt. 35,00
Std.lohn 1

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	950,00
2900	AG-Zusch. f.Jobticket, st-frei					F	F	J	58,00
3100	AG-Anteil VWL, lfd					L	L	J	20,00
4700	Betriebl.AV, AG, lfd, §3Nr.63EStG					F	F	N	25,00

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	97000				L	97000	97000	97000	97000	8914	9021	1261	1746	1.028,00
														0,00
														209,42

Verdienstbescheinigung

Gesamt-Brutto	1.02800	SV-Brutto	97000
Steuer-Brutto	97000	KV-Beitrag	8914
Lohnsteuer		RV-Beitrag	9021
Kirchensteuer		AV-Beitrag	1261
Solidaritätszuschlag		PV-Beitrag	1746
Steuerfreie Bezüge	8300	VWL gesamt	4000
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
Konto DE87 5875 1230 0032 1XXX XX

SV-AG-Anteil 20942
Zus. AG-Kosten
Gesamtkosten

Auszahlungsbetrag
720,58

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**

221 129805/ 480/00005
Datum: **20.03.2026**
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: **12.01.2026** bis: **16.01.2026**

☐ 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: **09.01.2026**

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): **1.028,00**

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

Arbeitszeit wöchentlich: **35,00**

Arbeitszeit täglich: **7,00**

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): **171,33**

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: **0,00**

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: **4,17**

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

Erstattungssatz in vom Hundert: **70,00** Erstattungsbetrag: **122,85**

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 16.01.2026

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

Angaben zum Mitarbeiter

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

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **12.01.2026** bis: **16.01.2026**
Abrechnungsmonat: **01/2026**

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		950,00	* 5,00/30	158,33
2900	AG-Zusch.		58,00	* 5,00/30	9,67
3100	AG-Anteil		20,00	* 5,00/30	3,33
4700	Betriebl.		25,00	* 5,00/30*1/1	4,17
				Gesamtbetrag pro Monat	175,50
				* 70,00%	122,85
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				Erstattungsbetrag	122,85