

Name der/des Auszubildenden	Förderungs-Nr.
Vorname	geb. am

**Bescheinigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers gemäß § 47 Abs. 5 BAföG  
für das Kalenderjahr \_\_\_\_\_**  
(gem. § 24 Abs. 1 BAföG sind die Einkommensverhältnisse im vorletzten Kalenderjahr vor Beginn  
des Bewilligungszeitraums maßgebend)  
zur Vorlage beim Amt für Ausbildungsförderung

<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Ehegatte
Herr/Frau	geb. am	
wohnhaft		
hat vom	bis	
<b>1. Bruttoarbeitslohn/-vergütung</b>		
ohne Kindergeld erhalten		_____ Euro
<b>Steuern</b> (Lohn- und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag)		_____ Euro
<b>2. Arbeitgeberanteil</b>		
zu den vermögenswirksamen Leistungen nach dem 3. Vermögensbildungsgesetz (Arbeitnehmersparzulage und eigene vermögenswirksame Leistungen der Arbeit- nehmerin/des Arbeitnehmers sind nicht anzugeben!)		
		_____ Euro
- im obigen Bruttoentgelt enthalten		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitgeberanteile zu den vermögenswirksamen Leistungen wurden für _____ für 12 Monate gewährt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nein, bitte die Anzahl der Monate, für die Arbeitgeberanteile gewährt wurden, angeben:		_____
<b>3. Die/Der o. g. Arbeitnehmer/in war im Jahre _____ durchgehend beschäftigt</b>		
Falls nein, bitte die Dauer der Beschäftigung angeben		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		_____
<b>4. Zusatzangaben</b>		
Für dieses Jahr wurden neben dem Arbeitslohn folgende Leistungen in Anspruch genommen:		
Kurzarbeitergeld	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ Euro	<input type="checkbox"/> nein
Schlechtwettergeld	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ Euro	<input type="checkbox"/> nein
Krankengeld/Mutterschaftsgeld über die Zeit der Lohnfortzahlung hinaus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, bitte Namen und Sitz der Krankenkasse angeben: _____		
<b>5. Art der Erwerbstätigkeit</b>		
Die/Der o. g. Arbeitnehmer/in war im o. g. Berechnungsjahr		
- erwerbstätig als rentenversicherungspflichtige/r Arbeitnehmer/in (z. B. Arbeiter/in, Angestellte/r)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- erwerbstätig als nichtrentenversicherungspflichtige/r Arbeitnehmer/in (z. B. Beamtin/Beamter, Beamtin/Beamter im Ruhestand)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- auf Antrag von der Rentenversicherungspflicht befreite/r oder wegen geringfügiger Beschäftigung versicherungsfreie/r Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>6. Kindergeld</b>		_____ Euro