

Name, Vorname, Geburtsname des/der Auszubildenden	Geburtsdatum
---	--------------

B E S C H E I N I G U N G des Arbeitgebers

des Ehegatten
 des Vaters
 der Mutter

gemäß § 47 Abs. 5 BAföG für das
Kalenderjahr 20

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

war im o.g. Kalenderjahr bei mir/uns beschäftigt ohne Unterbrechung vom 01.01.20__ - 31.12.20__
 vom _____ bis _____

1. Bruttoarbeitslohn/Vergütung - Bruttoversorgungsbezüge _____ EUR
ohne steuerfreie Zuschläge
 einbehaltene Lohn- und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag _____ EUR

2. Vermögenswirksame Leistungen
 wurden im Jahre 20__ angelegt: ja nein

3. Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung _____ EUR

4. Zusatzangaben
 Der / Die Arbeitnehmer/in war rentenversicherungspflichtig: ja nein

Er / Sie bezog

- Kurzarbeitergeld ja, in Höhe von _____ EUR nein
- Winterausfallgeld / Saison-Kurzarbeitergeld ja, in Höhe von _____ EUR nein
- Insolvenzgeld ja, in Höhe von _____ EUR nein
- Steuerfreier Auslandsverdienst ja, in Höhe von _____ EUR nein
- Abfindungen nach § 3 Nr. 9 EStG ja, in Höhe von _____ EUR nein
- Vorruhestandsbezüge, sofern steuerfrei ja, in Höhe von _____ EUR nein
- Aufstockungsbetrag ATZ ja, in Höhe von _____ EUR nein
- Nach Ablauf des Lohnfortzahlungszeitraumes Krankengeld / Mutterschaftsgeld ja, in Höhe von _____ EUR nein

- falls ja, bitte Name und Sitz der Krankenkasse angeben: _____

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers /
 Dienststelle der Versorgungskasse

Sachbearbeiter/in: _____

Telefon-Nr.: _____

Ort, Datum: _____