

BKK Linde  
Konrad-Adenauer-Ring 33  
65187 Wiesbaden

## Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Name, Vorname des pflegebedürftigen Angehörigen: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### Vom Arbeitgeber auszufüllen:

Beschäftigter: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Beitragsgruppenschlüssel: \_\_\_\_\_

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen Beschäftigter (z. B. Personal-Nr.) \_\_\_\_\_

### 1. Angaben zum Arbeitsverhältnis

Das Arbeitsverhältnis wurde beendet zum \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur Freistellung

2.1 Wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von der Arbeit freigestellt

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

2.2 Wurde am ersten Tag der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung teilweise gearbeitet, aber für den gesamten Tag Arbeitsentgelt gezahlt?

Ja  Nein

2.3 Anzahl der Arbeitstage im Freistellungszeitraum \_\_\_\_\_

2.4 Für den unter 2.1 genannten Zeitraum ist der Anspruch auf bezahlte Freistellung

Ausgeschlossen durch  Tarifvertrag  Betriebsvereinbarung  Arbeitsvertrag

gegeben für \_\_\_\_\_ Arbeitstage

2.5 Der unter 2.4 angegebene Anspruch auf bezahlte Freistellung bestand vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### 3. Arbeitsentgelt

3.1\* Höhe des der während der Freistellung ausgefallenen beitragspflichtigen Arbeitsentgelts/Heuer einschließlich ausgefallener Sachbezüge und lohnsteuerfreier, aber sozialversicherungspflichtiger Zuschläge nach Durchführung der Entgeltumwandlung. Dabei werden einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, Kindergeld sowie Gleitzone Regelung nicht berücksichtigt.

Brutto \_\_\_\_\_ Netto \_\_\_\_\_

3.2\* Wurde in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Freistellung beitragspflichtige Einmalzahlungen gewährt?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers