


Angaben bei Krankheit eines Arbeitnehmers
Erstattung U1

Nummer: C1_91
Stand: 07.01.2011
Ersteller: SS

Mandant	Jahr	Bearbeiter	geprüft	
Name		Zeichen	durch	am



Steuerbüro Faltejssek
per Fax:

02305 923 77 77

Name des Arbeitnehmers:

Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit?

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

Zeitraum der Krankheit:
(von - bis)

Betriebsunfall?

ja

nein

Wurde am ersten Tag der Krankheit noch gearbeitet?

ja

nein

Datum/Unterschrift Mandant