Durchführende Dienststelle der BGM Maßnahme	Ort, Datum ,
	Postanschrift
Geschäftszeichen -	Telefon, Nebenstelle

Landesamt für Finanzen
Dienststelle auswählen
Bezügestelle Arbeitnehmer
Arbeitsgruppe
Postfach

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben.

Mitteilung von Zuschüssen zu Maßnahmen im Rahmen des Behördlichen Gesundheitsmanagements

Personalnummer	Name, Vorname	Geb.Datum (soweit bekannt)	Beschäftigungsdienststelle

Arbeitgeberzuschuss zu BGM-Maßnahmen

Art der Bezüge	Leistungsmonat	Jahr	Lohnart	Betrag
Grds. **steuerpflichtige** BGM-Maßnahme **mangels Steuerbefreiung nach § 3 Nr. 34 EStG** (vgl. FMS Az.: 28-P 1400 FV-20/68)	Monat auswählen Monat auswählen Monat auswählen Monat auswählen Monat auswählen		2138	
Grds. **steuerfreie** BGM-Maßnahme **im Sinne des § 3 Nr. 34 EStG und der Umsetzungshilfe des BMF vom 20.04.21** (vgl. FMS Az.: 28-P 1400 FV-20/68)	Monat auswählen Monat auswählen Monat auswählen Monat auswählen Monat auswählen		2139	

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt

Unterschrift

Bearbeitungsvermerke der Bezügestelle

Datum, Unterschrift

Drucken