

Verdienstbescheinigung

Anlage zum Antrag auf Wohngeld

Mietzuschuss Lastenzuschuss

Eingangsvermerk

vom

Antragsdatum

von

Wohngeldantragsteller/in

Die Verpflichtung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers zur Auskunft ergibt sich aus § 23 Abs. 2 des Wohngeldgesetzes.

BUS

1	Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer		Familienname, ggf. Geburtsname		Vorname/n		Geburtsdatum		
	Anschrift								
	Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Etage, ggf. Wohnungsnummer							ggf. Telefonnummer	
ist/war bei mir/uns									
<input type="checkbox"/> beschäftigt als		Tätigkeit		in der Zeit		von (Eintrittsdatum)		bis	
<input type="checkbox"/> nicht beschäftigt / ohne Bezüge beurlaubt				in der Zeit		von		bis	
Es handelt sich um									
<input type="checkbox"/> nichtselbständige Arbeit		<input type="checkbox"/> ein Ausbildungsverhältnis		<input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (Mini-Job)					
2	Bei Ausbildungsverhältnis:			Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am		Datum		und endet am	
		Datum				Datum			
3	Bei geringfügiger Beschäftigung:			Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r auf Lohnsteuerkarte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
		Die Pauschalsteuer				entrichtet die Arbeitgeberin / der Arbeitgeber			
						<input type="checkbox"/> wurde auf die Arbeitnehmerin / den Arbeitnehmer abgewälzt			
4	In den letzten 12 Monaten vor Stellung des Antrages auf Wohngeld erhaltenes								
		<input type="checkbox"/> steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit							
		<input type="checkbox"/> Bruttoeinkommen aus einem Ausbildungsverhältnis							
		<input type="checkbox"/> Einkommen aus einem Mini-Job (ggf. einschließlich abgewälzter Pauschalsteuer)							
ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und ohne steuerfreie Bezüge (siehe Felder 5 und 6)									
Monat		Jahr		Betrag		Monat		Jahr	
				Euro				Euro	
				Euro				Euro	
				Euro				Euro	
				Euro				Euro	
				Euro				Euro	
				Euro				Euro	
							Insgesamt:		
							Euro		

5 Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene <u>steuerpflichtige</u> Sonderzuwendungen						
	in den letzten 12 Monaten gezahlte			in den nächsten 12 Monaten zu erwartende		
	Monat	Jahr	Betrag	Monat	Jahr	Betrag
<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld			Euro			Euro
<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld			Euro			Euro
<input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter			Euro			Euro
<input type="checkbox"/> Jahresprämie			Euro			Euro
<input type="checkbox"/> sonstige zusätzliche Leistungen / Sachbezüge			Euro			Euro

6 Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene <u>steuerfreie</u> Bezüge	Betrag
<input type="checkbox"/> Saison-Kurzarbeitergeld	Euro
<input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld	Euro
<input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nachtarbeit	Euro
<input type="checkbox"/> Übergangsgelder / Übergangsbeihilfen	Euro
<input type="checkbox"/> durchlaufende Gelder / Auslagenersatz	Euro
<input type="checkbox"/> Zuschuss zum Mutterschaftsgeld („Nettolohnausgleich“)	Euro
<input type="checkbox"/> Beiträge an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder für eine Direktversicherung zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung	Euro
<input type="checkbox"/> andere steuerfreie Einnahmen	Euro

7 Vom vorstehenden Bruttoeinkommen sind zu Lasten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers entrichtet worden:

a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen nein ja

b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen nein ja

c) vom Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers einbehaltene Steuern nein ja

8 **Änderung des Bruttoeinkommens**

Das Bruttoeinkommen wird sich i. d. nächsten 12 Monaten nicht ändern verringern erhöhen.

Änderung ab um mtl. auf mtl.

9 **Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung**

Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank ohne Lohnfortzahlung

nein ja wenn ja, vom bis

vom bis

Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:

Name, Anschrift der Krankenkasse

10 Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind.

11 **Bestätigung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers**

Ort, Datum

Telefon

Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers