

Verdienstbescheinigung

Anlage zum Antrag auf Wohngeld

Mietzuschuss Lastenzuschuss

vom

Antragsdatum

von

Wohngeldantragsteller/in

Eingangsvermerk

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

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:	Datum	Datum			
Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am und endet am						
3	Bei geringfügiger Beschäftigung:					
Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r auf Lohnsteuerkarte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
Die Pauschalsteuer <input type="checkbox"/> 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	Betrag
			Euro			Euro
			Euro			Euro
			Euro			Euro
			Euro			Euro
			Euro			Euro
			Euro			Euro
	Insgesamt:					Euro

BUS

5 Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene <u>steuerpflichtige Sonderzuwendungen</u>						
	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 Bezüge</u>		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