

# Verdienstbescheinigung

## Anlage zum Antrag auf Wohngeld

**Mietzuschuss**       **Lastenzuschuss**

**vom**

**von**

Eingangsvermerk
-----------------

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

1	<b>Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer</b>					
	Familienname, ggf. Geburtsname		Vorname/n		Geburtsdatum	
	<b>Anschrift</b>					
Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Etage, ggf. Wohnungsnummer						ggf. Telefonnummer
ist/war bei mir/uns						
<input type="checkbox"/> beschäftigt als		<input type="text" value="Tätigkeit"/>		in der Zeit		<input type="text" value="von (Eintrittsdatum)"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nicht beschäftigt / ohne Bezüge beurlaubt				in der Zeit		<input type="text" value="von"/> bis <input type="text"/>
Es handelt sich um						
<input type="checkbox"/> nichtselbständige Arbeit		<input type="checkbox"/> ein Ausbildungsverhältnis		<input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (Mini-Job)		
2	<b>Bei Ausbildungsverhältnis:</b>		<input type="text" value="Datum"/>		<input type="text" value="Datum"/>	
Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am _____ und endet am _____						
3	<b>Bei geringfügiger Beschäftigung:</b>		Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r auf <b>Lohnsteuerkarte</b> <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"/> <b>steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Bruttoeinkommen aus einem Ausbildungsverhältnis</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Einkommen aus einem Mini-Job</b> (ggf. einschließlich abgewälzter Pauschalsteuer)						
<b>ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und ohne steuerfreie Bezüge</b> (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</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