

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	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		<input type="text" value="Tätigkeit"/>		in der Zeit		<input type="text" value="von (Eintrittsdatum)"/> bis		<input type="text" value=""/>	
<input type="checkbox"/> nicht beschäftigt / ohne Bezüge beurlaubt				in der Zeit		<input type="text" value="von"/> bis		<input type="text" value=""/>	
Es handelt sich um									
<input type="checkbox"/> nichtselbständige Arbeit		<input type="checkbox"/> ein Ausbildungsverhältnis		<input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (Mini-Job)					
2	Bei Ausbildungsverhältnis:			<input type="text" value="Datum"/>		Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am			
				und endet am		<input type="text" value="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				<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	
				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