

Verdienstbescheinigung

zur Vorlage bei der Wohngeldstelle

(Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 25 Abs. 2 des Wohngeldgesetzes)

Wohngeldnummer									

Die Angaben werden erbeten für die Zeit	
von	bis

1. Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin

Name, Vorname		Anschrift			
Geburtsdatum	beschäftigt seit	als (Berufsbezeichnung)		Steuerklasse	
Beschäftigungszeiten innerhalb des bestätigten Zeitraums					
von	bis	von	bis	von	bis

2. Bruttoeinnahmen

bitte bei allen Beträgen angeben, ob DM oder €

(Bruttoarbeitslohn einschließlich vermögenswirksamer Leistungen, nach § 3 b EStG steuerfreier Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit sowie der unter zu a) bis e) aufgeführten Einnahmen)

Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	
Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	
Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	
Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	
Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	
Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	Monat	_____	20	_____	Betrag	_____	
										insgesamt:		_____

In diesen Bruttoarbeitslohn sind enthalten (jeweils Gesamtbetrag angeben):

a) Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag	_____
b) Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag	_____
c) nach § 3 Nr. 39 EStG steuerfreier Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag	_____
d) nach § 40a EStG vom Arbeitgeber pauschal besteuert Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag	_____
e) weitere Sonderleistungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag	_____

Bei Auszubildenden

Das Ausbildungsverhältnis hat am _____ 20 _____ begonnen.

Die Ausbildungsvergütung beträgt im _____

1. Ausbildungsjahr	Betrag	_____
2. Ausbildungsjahr	Betrag	_____
3. Ausbildungsjahr	Betrag	_____

3. Sozialversicherung und Steuern

Der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin entrichtete:		
- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Steuern vom Einkommen (Lohn-, Einkommen-, Kirchensteuer)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bitte wenden!

1. Krankenzeiten

Der Arbeitnehmer war in dem bestätigten Zeitraum **ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt** **nein** **ja**

Ort, Datum	Telefon	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
------------	---------	---

Wichtig!

Wenn Kranken- oder Mutterschaftsgeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte diesen Vordruck von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen.

Erhalten oder erhielten Sie Lohn- und Einkommensersatzleistungen, wie z.B:

- Unterhaltsgeld
- Arbeitslosengeld
- Arbeitslosenhilfe oder
- Berufsausbildungsbeihilfe nach §§ 72 bis 75 Drittes Buch Sozialgesetzbuch,

legen Sie bitte die Leistungsbescheide des Arbeitsamtes vor.

Bestätigung der Krankenkasse

Versicherte Person (Name, Vorname)		Anschrift		
Geburtsdatum		Bestätigungszeitraum		
Die / Der Versicherte				Betrag
<input type="checkbox"/> war oder ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld				
<input type="checkbox"/> unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld:				
von – bis	Tage	Tagessatz	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen
Vom Krankengeld wurden				
<input type="checkbox"/> keine Beträge einbehalten.				
<input type="checkbox"/> folgende Beiträge einbehalten:				
Zeitraum	Betrag	Grund		
Aktenzeichen		Stempel und Unterschrift der Krankenkasse		
Telefon				
Ort, Datum				