

Verdienstbescheinigung

Anlage zum Antrag auf Wohngeld

Mietzuschuss Lastenzuschuss

Antragsdatum _____
vom _____
 Wohngeldantragsteller/in _____
von _____

Eingang _____

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

1 Arbeitnehmer/Arbeitnehmer
 (Familienname, ggf. Geburtsname) _____ (Vorname/n) _____ (Geburtsdatum) _____
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Etage, ggf. Wohnungsnummer, ggf. Telefonnummer) _____

ist/war bei mir/uns _____ Tätigkeit _____ in der Zeit _____
 beschäftigt als _____ in der Zeit _____ von (Eintrittsdatum) _____ bis _____
 nicht beschäftigt/ohne Bezüge beurlaubt in der Zeit _____ von _____ bis _____
 Es handelt sich um
 nichtselbständige Arbeit ein Ausbildungsverhältnis geringfügige Beschäftigung (Mini-Job)

2 Bei Ausbildungsverhältnis:
 Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am _____ Datum _____ und endet am _____ Datum _____

3 Bei geringfügiger Beschäftigung:
 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r auf Lohnsteuerkarte nein ja
 Die Pauschalsteuer entrichtet die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber
 wurde auf die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer abgewälzt

4 In den letzten 12 Monaten vor Stellung des Antrages auf Wohngeld erhaltenes
 steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit
 Bruttoeinkommen aus einem Ausbildungsverhältnis
 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

5 Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene steuerpflichtige 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

Schreiben Sie bitte in Druckschrift und kreuzen Sie Zutreffendes so an

- Urheberrechtlich geschützt -
Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und
elektronische Speicherung verboten!

03/620/0117/01 W. Kohlhammer GmbH (16010)
Deutscher Gemeindeverlag GmbH
www.kohlhammer.de
Bestell-Fax: 0711 7863-8400 E-Mail: dgw@kohlhammer.de

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 Nacharbeit	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

Steuerklasse

8 Änderung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten

nicht ändern verringern erhöhen.

Änderung ab Datum um mtl. Euro auf mtl. Euro

9 Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung

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

nein ja wenn ja, vom Datum bis Datum

vom Datum bis Datum

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