

Alle Beträge sind in  DM  EUR angegeben (bitte ankreuzen!).

# Verdienstbescheinigung

zur Vorlage bei der Wohngeldstelle

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wohngeldnummer

Die Angaben werden erbeten für die Zeit

vom:

bis:

## 1. Arbeitnehmer / Arbeitnehmerin

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

## 2. Bruttoeinnahmen (Bruttoarbeitslohn und steuerfreie Einnahmen außer steuerfreien Zuschüssen des Arbeitgebers im Sinne von § 3 Nr. 62 EStG)

Monat/Jahr		Betrag:	Monat/Jahr		Betrag:
Monat/Jahr		Betrag:	Monat/Jahr		Betrag:
Monat/Jahr		Betrag:	Monat/Jahr		Betrag:
Monat/Jahr		Betrag:	Monat/Jahr		Betrag:
Monat/Jahr		Betrag:	Monat/Jahr		Betrag:
Monat/Jahr		Betrag:	Monat/Jahr		Betrag:

**Insgesamt:**

Betrag:

In diesen Bruttoeinnahmen sind enthalten (jeweils Gesamtbetrag angeben):

a) vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers

nein  ja

Betrag:

b) Weihnachtsgeld

nein  ja

Betrag:

c) Urlaubsgeld

nein  ja

Betrag:

d) weitere Sonderleistungen

nein  ja

Betrag:

e) steuerfreie Einnahmen

– Kindergeld

nein  ja

Betrag:

– Geburtsbeihilfen

nein  ja

Betrag:

– Jubiläumsgeschenke

nein  ja

Betrag:

– durchlaufende Gelder, Auslagenersatz

nein  ja

Betrag:

– Heiratsbeihilfen

nein  ja

Betrag:

– Übergangsgelder, Übergangsbeihilfen

nein  ja

Betrag:

– pauschale Fehlgeldentschädigungen

nein  ja

Betrag:

– andere steuerfreie Einnahmen

nein  ja

Betrag:

Art:

Betrag:

### Bei Auszubildenden:

Das Ausbildungsverhältnis hat am  Datum:  begonnen.

Die Ausbildungsvergütung beträgt im

1. Ausbildungsjahr

Betrag:

2. Ausbildungsjahr

Betrag:

3. Ausbildungsjahr

Betrag:

Bitte wenden!

### 3. Sozialversicherung und Steuern

Der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin entrichtete:

- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung  nein  ja
- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung  nein  ja
- Steuern vom Einkommen (Lohn-, Einkommen-, Kirchensteuer)  nein  ja

### 4. Krankheitszeiten

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

- **Unterhaltsgeld,**
- **Arbeitslosengeld,**
- **Arbeitslosenhilfe oder**
- **Berufsausbildungsbeihilfe** nach § 40a des Arbeitsförderungsgesetzes, legen Sie bitte die Leistungsbescheide des Arbeitsamtes vor.

## Bestätigung der Krankenkasse

Versicherte Person (Name, Vorname):		Anschrift:	
Geburtsdatum:	Bestätigungszeitraum:		

Die / Der Versicherte

war oder ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld:

Betrag:

unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld:

vom – bis	Tage	Tagessatz (Betrag)	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Vom Krankengeld wurden

keine Beträge einbehalten.  folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum	Betrag	Grund

Aktenzeichen:	Telefon:	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse:
Ort, Datum:		