

Verdienstbescheinigung

zum Antrag auf

Wohnberechtigungsschein

Wohngeld

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Herr/Frau		Geburtsdatum				
Anschrift		Steuerklasse				
ist bei mir/uns beschäftigt von - bis			als (Beruf/Tätigkeit)			
1	Sie/Er hat derzeit ein monatliches Bruttoeinkommen (Lohn, Gehalt, Werksrente, ggf. auch Ausbildungsvergütung) einschließlich Überstundenzuschläge, Lohnausgleich, Trennungsschädigungen, Fahrkostenzuschüsse, sonstiger Zulagen und ähnlicher Bezüge oder Sachbezüge wie z.B. Essen, Wohnung, Dienstkleidung u.ä. von <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">_____ Euro</div>					
2	Sie/Er hatte in der Zeit vom _____ bis _____ (d.h. in den letzten 12 Monaten einschließlich des laufenden Monats) folgendes Bruttoeinkommen					
Monat/Jahr	Gesamtbetrag	In dem Gesamtbetrag (Spalte 2) sind enthalten				
		Weihnachtsgeld, Jahresprämien	Zusätzliches Urlaubsgeld, zusätzliche Monatsgehälter	Sonstige Zulagen <input type="checkbox"/> Sachbezüge <input type="checkbox"/>	Steuerfreie Zuschüsse und Entschädigungen <input type="checkbox"/> steuerfreie Fahrkostenzuschüsse <input type="checkbox"/> steuerfreie Verpflegungszuschüsse <input type="checkbox"/> Auslösungen u. Trennungsschädigungen <input type="checkbox"/>	Sonstige steuerfreie Zulagen/ Bezüge <input type="checkbox"/> Winterausfallgeld <input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit <input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung zur Altersvorsorge <input type="checkbox"/>
	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
1	2	3	4	5	6	7
insgesamt						
3	Falls in dem angegebenen Zeitraum Leistungen nach den Spalten 3 bis 5 nicht gezahlt wurden, geben Sie bitte nachstehend die voraussichtlichen Jahresbeträge in den nächsten 12 Monaten an.					
	Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien					EUR
	Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter					EUR
	Sonstige Zulagen, Sachbezüge					EUR
4	Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit		vom	bis	einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten.	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		In welcher Höhe			EUR
5	Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?					
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Ab wann und in welcher Höhe monatlich?	Datum	EUR	
	Grund der Veränderung					

6	Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am			
	und endet am			
	Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im			
	1. Ausbildungsjahr	EUR	3. Ausbildungsjahr	EUR
	2. Ausbildungsjahr	EUR	4. Ausbildungsjahr	EUR
	Zu erwartendes Weihnachtsgeld			EUR
	Zu erwartendes Urlaubsgeld			EUR
7	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei			
	Krankenkasse			
8	Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank			
	in der Zeit vom – bis	Tage		
	Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	In welcher Höhe EUR	
9	Steuer- und Versicherungsleistungen			
	Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen			
	- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	- wurde/wurden einbehalten und abgeführt			
	a) die Lohnsteuer	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
10	Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug (z.B. wegen unbezahltem Urlaub etc.) :			
	Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.			
	Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des/r Arbeitgebers/in	Telefon / Fax/ E-Mail Adresse	
<p>Wichtig! Bei Bezug von Leistungen der Krankenkasse ► Nachweise vorlegen! Wenn Sie zurzeit Krankengeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder in den letzten 12 Monaten bezogen haben, lassen Sie bitte die nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen. Sie können auch einen anderen von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen, wenn dieser die gleichen Angaben enthält.</p>				

Bescheinigung der Krankenkasse

Herr/Frau

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Anschrift
--	-----------

Geburtsdatum

ist bzw. war in den letzten 12 Monaten

arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld,

Empfängerin von Mutterschaftsgeld,

in folgender Höhe :

► Betragsangaben (**brutto**) in EURO

von – bis	Tage	Tagessatz (Beitrag)	bei wöchentlich	Gesamtbetrag

Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt	Gesamtbetrag
--	--------------

► **Bruttobetrag** (ggf. einschließlich der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung, die zu Lasten der/des Versicherten zu entrichten sind).

Von dem Krankengeld/Verletztengeld wurden

keine Beträge einbehalten

folgende Beträge einbehalten (bitte einzeln angeben):

Zeitraum	EURO	Grund

Bestätigung der Krankenkasse

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Telefon/Fax