

Verdienstbescheinigung

zur Vorlage bei der Wohngeldstelle
(Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 23 Abs. 2 Wohngeldgesetz)

Wohngeldnummer _____

Die Angaben werden erbeten für die Zeit vom _____ bis _____

1. Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin

VON IHREM ARBEITGEBER AUSFÜLLEN LASSEN

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

2. Bruttoeinnahmen

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

Monat _____	20	€ _____	Monat _____	20	€ _____
Monat _____	20	€ _____	Monat _____	20	€ _____
Monat _____	20	€ _____	Monat _____	20	€ _____
Monat _____	20	€ _____	Monat _____	20	€ _____
Monat _____	20	€ _____	Monat _____	20	€ _____
Monat _____	20	€ _____	Monat _____	20	€ _____

G E S A M T € _____

In diesen Bruttoeinnahmen sind enthalten (jeweils Gesamtbetrag angeben):

- a) Weihnachtsgeld nein ja € _____
- b) Urlaubsgeld nein ja € _____
- c) nach § 3 b EStG steuerfreier Arbeitslohn nein ja € _____
- d) nach § 40a EStG vom Arbeitgeber pauschal besteuert Arbeitslohn nein ja € _____
- e) weitere Sonderleistungen nein ja € _____

Bei Auszubildenden

Das Ausbildungsverhältnis hat am _____ begonnen.

Die Ausbildungsvergütung beträgt im

- 1. Ausbildungsjahr € _____ Brutto
- 2. Ausbildungsjahr € _____ Brutto
- 3. Ausbildungsjahr € _____ Brutto

zu erwartendes:

Weihnachtsgeld € _____ Brutto

Urlaubsgeld € _____ Brutto

3. Sozialversicherung und Steuern

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin/der/die Auszubildende 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!

4. Krankheitszeiten

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin 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
 - Leistungen des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes nach dem SGB II oder
 - Berufsausbildungsbeihilfe nach § 40a des Arbeitsförderungsgesetzes,
- legen Sie bitte die Leistungsbescheide der Agentur für Arbeit vor.

Bestätigung der Krankenkasse

ALLE ANGABEN IN BRUTTO

Versicherte Person (Name, Vorname)	Anschrift
Geburtsdatum	Bestätigungszeitraum

Der/Die Versicherte

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

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

vom – bis	Tage	Tagessatz €	Gesamtbetrag €	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Vom Krankengeld wurden

keine Beträge einbehalten.

folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum	Betrag €	Grund

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