

# Verdienstbescheinigung

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

<b>1</b>	<b>Wohngeldberechtigte/r (Antragsteller/in)</b>					
	Familienname, ggf. Geburtsname	Vorname/n	Geburtsdatum			
	<b>Wohnanschrift</b> (Straße, Hausnummer, Stockwerk, ggf. Wohnungsnummer, Postleitzahl, Ort)					
			Telefonnummer			
ist / war bei mir / uns						
	beschäftigt als	Bezeichnung der Tätigkeit	in der Zeit			
			von – bis			
	nicht beschäftigt	ohne Bezüge beurlaubt	in der Zeit			
			von – bis			
<b>2</b>	<b>Steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nicht selbständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und steuerfreie Bezüge (vergl. Nr. 3 und 4)</b>					
	Monat	Jahr	Betrag / Euro	Monat	Jahr	Betrag / Euro
Insgesamt:						
<b>3</b>	<b>Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen, die in den letzten 12 Monaten gezahlt wurden oder die zu erwarten sind</b>					
		Monat	Jahr	Betrag / Euro		
	Weihnachtsgeld					
	Urlaubsgeld					
	zusätzliche Monatsgehälter					
	Jahresprämie					
	sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge					
<b>4</b>	<b>Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerfreie Bezüge</b>				Betrag / Euro	
	Winterausfallgeld					
	Kurzarbeitergeld					
	Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nachtarbeit					
	Übergangsgelder / Übergangsbeihilfen					
	durchlaufende Gelder / Auslagenersatz					
	andere steuerfreie Einnahmen					

<b>5</b>	<b>Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r und erhält ein monatliches Arbeitsentgelt</b>			
	mit Freistellungserklärung _____ in Höhe von:	Euro		
	mit Lohnsteuerkarte _____ in Höhe von:	Euro		
<b>6</b>	<b>Das Ausbildungsverhältnis der / des Auszubildenden</b>			
	hat begonnen am:	Tag, Monat, Jahr		
	und endet am:	Tag, Monat, Jahr		
	<b>Die monatliche Vergütung der / des Auszubildenden beträgt im</b>			
	1. Ausbildungsjahr	Euro		
	2. Ausbildungsjahr	Euro		
	3. Ausbildungsjahr	Euro		
	4. Ausbildungsjahr	Euro		
<b>7</b>	<b>Vom vorstehenden Bruttoeinkommen sind zu Lasten der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers entrichtet worden:</b>			
	a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen _____	nein      ja		
	b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- <b>und</b> Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen _____	nein      ja		
	c) Steuern vom Einkommen <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="text-align: center;">Steuerklasse</td></tr></table> _____	Steuerklasse	nein      ja	
Steuerklasse				
<b>8</b>	<b>Änderung des Bruttoeinkommens</b>			
	Das in Nr. 2 bezifferte Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten um mehr als 15 Prozent			
	verringern      nein      ja      wenn ja, ab <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum	um jährlich <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Euro</td></tr></table>	Euro
Datum				
Euro				
	erhöhen      nein      ja      wenn ja, ab <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum	auf jährlich <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Euro</td></tr></table>	Euro
Datum				
Euro				
<b>9</b>	<b>Krankheitszeiten</b>			
	Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank			
	nein      ja      wenn ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum	bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum
Datum				
Datum				
	vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum	bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum
Datum				
Datum				
	vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum	bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum
Datum				
Datum				
	vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum	bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"><tr><td style="text-align: center;">Datum</td></tr></table>	Datum
Datum				
Datum				
	Der dafür gezahlte Lohnausgleich / die Lohnfortzahlung oder der Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld ist im Bruttoeinkommen (Nr. 2) enthalten			
	nein      ja      wenn ja, in welcher Höhe? _____	Euro		
	Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:			
	Name der Krankenkasse _____			
	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) _____			
<b>10</b>	<b>Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.</b>			
<b>11</b>	<b>Bestätigung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers</b>			
	Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers		
	Telefon			