

# Verdienstbescheinigung



Anlage zum Antrag auf Bewilligung von Wohngeld

## Bitte vom Arbeitgeber ausfüllen lassen!

Die Verpflichtung des Arbeitgebers, die folgenden Fragen zu beantworten, ergibt sich aus § 23 Abs. 2 des Wohngeldgesetzes

Zutreffendes bitte sorgfältig ausfüllen oder ankreuzen.

### 1. Arbeitnehmer/in

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift		beschäftigt seit / von - bis	
Stellung im Beruf		<input type="checkbox"/> Steuerklasse _____ lt. Lohnsteuerkarte <input type="checkbox"/> pauschale Besteuerung des Arbeitslohnes <input type="checkbox"/> steuerfreies geringfügiges Beschäftigungsverhältnis	
<input type="checkbox"/> Beamte/r	<input type="checkbox"/> Arbeiter/in		
<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r		

### 2. Einnahmen in den letzten 12 Monaten vor Ausstellung dieser Bescheinigung

Auszuweisen sind hier der **steuerpflichtige Bruttoarbeitslohn einschließlich Sachbezüge und die steuerfreien Einnahmen, auch aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen (Bruttobetrag)**. Hierzu gehören z.B. Gehälter, Löhne, Gratifikationen, Tantiemen und andere Bezüge und Vorteile, die für eine Beschäftigung im öffentlichen oder privaten Dienst gewährt werden, Versorgungsbezügen, Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit, pauschal besteuert Lohn oder Sachbezüge, Lohn- und Lohnersatzleistungen, Abfindungen Arbeitgeberzuwendungen an eine Pensionskasse und Beiträge des Arbeitgebers an einen Pensionsfond oder für eine Direktversicherung. Es sind auch Sonderzahlungen, vermögenswirksame Leistungen, Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall, Leistungen zur Altersvorsorge usw. anzugeben.

Monat und Jahr	Bruttobetrag	Im Bruttobetrag enthaltene steuerfreie Einnahmen	Art der steuerfreien Einnahme
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
	EUR	EUR	
Summe:	EUR	EUR	

Im Bruttobetrag sind folgende steuerpflichtige Sonderzahlungen enthalten (bzw. werden voraussichtlich gezahlt):

Art der Zahlung	Monat und Jahr	Betrag
Weihnachtsgeld/Jahresprämie		EUR
zusätzliche Gehälter		EUR
Urlaubsgeld		EUR
Sonstiges		EUR
	Summe:	EUR

### 3. Änderung der Einnahmen

Die unter 2. genannten Einnahmen werden sich voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten

verringern ja  ab \_\_\_\_\_ auf monatlich \_\_\_\_\_ EUR  nein

erhöhen ja  ab \_\_\_\_\_ auf monatlich \_\_\_\_\_ EUR  nein

Die Höhe der unter 2. genannten Sonderzahlungen wird sich voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten verändern

ja  Art \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_ EUR  nein

Art \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_ EUR

### 4. Sozialversicherungsbeiträge und Steuern

Der/Die Arbeitnehmer/in entrichtet

a) Beiträge zur gesetzlichen, öffentlichen Kranken- und Pflegeversicherung ja   nein  
oder privaten Rentenversicherung ja   nein

b) Steuern von den bescheinigten Einnahmen ja   nein

### 5. Krankheits- oder Beurlaubungszeiten ohne Lohnfortzahlung

In der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_

Stempel und  
Unterschrift des  
Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Bescheinigung der Krankenkasse / des Versicherungsträgers

Wenn Krankengeld/Krankentagegeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte dieses Formular von der zuständigen Krankenkasse / dem zuständigen Versicherungsträger vervollständigen lassen. Für die Angaben des Arbeitgebers und die Bescheinigung der Krankenkasse / des Versicherungsträgers können auch zwei getrennte Formulare verwendet werden.

Der/Die umseitig genannte Arbeitnehmer/in war in den letzten 12 Monaten vor Ausstellung dieser Bescheinigung arbeitsunfähig und erhielt/erhält

#### Krankengeld/ Krankentagegeld

in der Zeit		Betrag	Zahlungszeitraum	
vom _____	bis _____	_____ EUR	tägl. _____ EUR	für _____ Tage je Woche
vom _____	bis _____	_____ EUR	tägl. _____ EUR	für _____ Tage je Woche

Hat der/die Leistungsempfänger/in von den vorgenannten Beträgen Beiträge für Ausfallzeiten zur gesetzlichen Rentenversicherung zu tragen? ja   nein

Berlin, den \_\_\_\_\_

Stempel und  
Unterschrift der  
Krankenkasse/des  
Versicherungsträgers \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_