

# Verdienstbescheinigung

## zur Vorlage bei der Wohngeldstelle

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

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 _____	

### 2. Bruttoeinnahmen

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

Monat _____ 20 ____	Betrag €	Monat _____ 20 ____	Betrag €
Monat _____ 20 ____	Betrag €	Monat _____ 20 ____	Betrag €
Monat _____ 20 ____	Betrag €	Monat _____ 20 ____	Betrag €
Monat _____ 20 ____	Betrag €	Monat _____ 20 ____	Betrag €
Monat _____ 20 ____	Betrag €	Monat _____ 20 ____	Betrag €
Monat _____ 20 ____	Betrag €	Monat _____ 20 ____	Betrag €
<b>Insgesamt:</b>			Betrag €

In diesen Bruttoeinnahmen sind enthalten (jeweils Gesamtbetrag angeben):

- |  |                               |                             |                |
|--|-------------------------------|-----------------------------|----------------|
| a) Weihnachtsgeld                                      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag _____ € |
| b) Urlaubsgeld   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag _____ € |
| c) nach § 3 Nr. 39 EStG steuerfreier Arbeitslohn       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag _____ € |
| d) nach § 40 a EStG vom Arbeitgeber pauschal besteuert | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag _____ € |
| e) weitere Sonderleistungen                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Betrag _____ € |

### Bei Auszubildenden

Das Ausbildungsverhältnis hat am \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ begonnen.

Die Ausbildungsvergütung beträgt im	1. Ausbildungsjahr	Betrag _____ €
	2. Ausbildungsjahr	Betrag _____ €
	3. Ausbildungsjahr	Betrag _____ €

### 3. Sozialversicherungen und Steuern

Der Arbeitnehmer/ die Arbeitnehmerin entrichtet:

- |  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| - 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 war in dem besagten Zeitraum **ohne** Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt  nein  ja

Ort, Datum	Telefon / E-Mail	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 Lohn- oder Einkommensersatzleistungen, wie z.B.:
- **Unterhaltsgeld**
  - **Arbeitslosengeld**
  - **Arbeitslosengeld II oder**
  - **Berufsausbildungsbeihilfe nach §§ 72 bis 75 Drittes Sozialgesetzbuch,**
- legen Sie bitte die Leistungsbescheide des jeweiligen Sozialleistungsträgers vor.

#### Bestätigung der Krankenkasse

Versicherte Person (Name, Vorname)	Anschrift
Geburtsdatum	Beschäftigungszeitraum

Die/ Der Versicherte  
 war oder ist arbeitsunfähig krank oder erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld: Betrag \_\_\_\_\_ €  
 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	Telefon	E-Mail	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
Ort, Datum			