

Verdienstbescheinigung zur Vorlage bei der Wohngeldstelle

Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 23 Abs. 2 WoGG (Wohngeldgesetz)

Wohngeld-Nummer 437000 -
Die Angaben werden erbeten für die Zeit vom _____ bis _____

1. Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin

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

2. Bruttoeinnahmen

(Bruttoarbeitslohn einschließlich vermögenswirksamer Leistungen, steuerfreier Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit, sonstigen steuerfreien Zulagen sowie der unter zu a) bis d) 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
Monat		20	Betrag	Monat		20	Betrag
Insgesamt:							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 § 40 a EStG vom Arbeitgeber pauschal besteuert Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag
d) 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
	4. Ausbildungsjahr	Betrag

3. Sozialversicherung und Steuern

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin 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 war in dem bestätigten Zeitraum **ohne** Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt nein ja

Ort, Datum	Telefon	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
------------	---------	---

	<p>Wichtig!</p> <p>Wenn Kranken- oder Mutterschaftsgeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte diesen Vordruck von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen.</p> <p>Erhalten oder erhielten Sie Lohn- und Einkommensersatzleistungen, wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterhaltsgeld • Arbeitslosengeld oder • Berufsausbildungsbeihilfe , <p>legen Sie bitte die Leistungsbescheide der Bundesagentur für Arbeit vor.</p>	
---	--	---

Bestätigung der Krankenkasse (nur bei Kranken- oder Mutterschaftsgeldbezug)

Versicherte Person (Nachname, Vorname)	Anschrift
Geburtsdatum	Bestätigungszeitraum

Die/Der Versicherte

<input type="checkbox"/>	war oder ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld	Betrag
<input type="checkbox"/>	unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld:	

vom – bis	Tage	Tagessatz	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Vom Krankengeld wurden

<input type="checkbox"/> keine Beträge einbehalten		<input type="checkbox"/> folgende Beträge einbehalten:	
Zeitraum	Betrag	Grund	

Aktenzeichen	Telefon
Ort, Datum	

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
