

Empfänger:	VERDIENSTBESCHEINIGUNG ZUM ANTRAG AUF WOHNELD <i>Der/ Die Arbeitgeber/ in ist laut Wohngeldgesetz zur Auskunft verpflichtet.</i>
-------------------	--

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.:		Wohnort:
Berufsbezeichnung:		
Beschäftigt von:		bis: Steuerklasse:

Der/ die o.a. Arbeitnehmer/ in hatte in der Zeit von: bis: folgendes **Bruttoeinkommen:**

Achtung: Bitte bescheinigen Sie das Bruttoeinkommen einschließlich Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, zusätzliche Gehälter, Überstunden, Auslösungen, vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers und sonstige steuerfreie oder steuerpflichtige Beträge. Eine genauere Aufschlüsselung der Beträge dann bitte in der linken Spalte vornehmen.

MONAT/ JAHR	EURO	Davon im Brutto enthalten	GEZAHLT VON-BIS	EURO
..... /	Weihnachtsgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Urlaubsgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Vermögenswirksame Leistungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Kindergeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Betriebskindergeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Steuerfreie Auslösungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Steuerpflichtige Auslösungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Steuerfreie Fahrtkostenzuschüsse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Steuerpfl. Fahrtkostenzuschüsse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Steuerfreie Zuschläge für Nachtarbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Steuerfreie Zuschläge für Feiertagsarbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... /	Steuerfreie Zuschläge für Sonntagsarbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
GESAMT		Schlechtwettergeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
		Kurzarbeitergeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
		Sonstige <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
		 -
		 -

Der/ die Arbeitnehmer/ in entrichtet

a) Pflichtbeiträge zurgesetzlichen
Krankenversicherung ja nein

b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen
Rentenversicherung ja nein

c) Lohnsteuer ja nein

(laufend oder einmalig z.B. wegen einmaliger
Zulagen wie Weihnachtsgeld oder Urlaubsgeld)

d) Kirchensteuer ja nein
(ohne Mindestkirchensteuer)

e) Das Arbeitsentgelt wird vom Arbeitgeber
pauschal nach §§ 40, 40 a ESTG versteuert.

Werden sich die Einnahmen des Arbeitgebers/ der Arbeitnehmerin in den nächsten 12 Monaten verringern? ja nein

Oder um mehr als 10 v. H. erhöhen: ja nein

Falls ja:

ab wann: und in welcher Höhe:

Grund für die Veränderung der Einnahmen:

Der Arbeitnehmer/ die Arbeitnehmerin ist krankenversichert bei (Name und Anschrift der Krankenkasse):

Krankenkasse:

Strasse: PLZ: Ort:

Er/ sie war arbeitsunfähig krank a) vom bis = Tage

b) vom bis = Tage

c) vom bis = Tage

Der dafür gezahlte Lohnausgleich (Lohnfortzahlung bzw. Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) ist im Bruttoeinkommen enthalten/ nicht enthalten

ja nein

und betrug

a) €

b) €

c) €

Bei einem/ r Auszubildenden bitte zusätzlich angeben:

Das Ausbildungsverhältnis des/ der Auszubildenden begann am und endet voraussichtlich am

Die Ausbildungsvergütung beträgt:

im 1. Lehrjahr € tariflich erhöht auf € ab

im 2. Lehrjahr € tariflich erhöht auf € ab

im 3. Lehrjahr € tariflich erhöht auf € ab

im 4. Lehrjahr € tariflich erhöht auf € ab

Raum für zusätzliche Bemerkungen:

.....

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des
Arbeitgebers/ der Arbeitgeberin

Telefonnummer