Verdienstbescheinigung ☐ **für einen Wohngeldantrag gem. § 23 Abs. 2 WoGG**
☐ **für einen Wohnberechtigungsschein**

Name, Vorname, Geburtsdatum des Beschäftigten (oder lieber Mitarbeitende?)		
Anschrift des Beschäftigten		
Berufsbezeichnung	beschäftigt von/bis	Steuerklasse

Der Beschäftigte war/ist in der Zeit vom _____ bis _____ beschäftigt.

Es handelt sich um
☐ eine nichtselbständige Tätigkeit ☐ ein Ausbildungsverhältnis
☐ eine geringfügige Beschäftigung

Achtung: Bescheinigen Sie bitte das **Bruttoeinkommen** der letzten zwölf Monate.

Bruttoeinkommen:			im nebenstehenden Bruttoeinkommen sind folgende Leistungen **enthalten:**		
Monat:	20	€		gezahlt	
			Steuerpflichtige Einnahmen	von - bis	
Monat:	20	€	Weihnachtsgeld ☐ja ☐ nein		
Monat:	20	€	Urlaubsgeld ☐ja ☐ nein		
Monat:	20	€	Zusätzliche Gehälter ☐ja ☐ nein		
Monat:	20	€	Jahresprämie ☐ja ☐ nein		
Monat:	20	€	Sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge ☐ja ☐ nein		
Monat:	20	€			
Monat:	20	€	**Steuerfreie Einnahmen**		
Monat:	20	€	Kurzarbeitergeld ☐ja ☐ nein		
Monat:	20	€	Zuschläge für Sonn- Und Feiertag sowie Nachtarbeit ☐ja ☐ nein		
Monat:	20	€	Übergangsgelder/ Übergangsbeihilfe ☐ja ☐ nein		
Monat:	20	€	Wintergeld ☐ja ☐ nein		
Gesamt:		€	Zuschuss zum Mutterschaftsgeld ☐ja ☐ nein		
Der **Beschäftigte** entrichtet a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ☐ja ☐nein b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung ☐ja ☐nein			Durchlaufende Gelder Auslagenersatz ☐ja ☐ nein Beiträge an eine Pensionskasse/Direktversicherung ☐ja ☐ nein Andere steuerfreie/ Steuerpflichtige Einnahmen ☐ja ☐nein		
b) Lohnsteuer (laufend oder einmalig) ☐ja ☐nein c) Kirchensteuer (ohne Mindestkirchensteuer) ☐ja ☐nein					

bitte wenden!

Werden sich die Einnahmen des Beschäftigten in den nächsten 12 Monaten verändern? ☐ja ☐ nein

Falls ja, ab wann und in welcher Höhe? _____

Grund für die Veränderung der Einnahmen: _____

Der Beschäftigte ist krankenversichert bei (Name und Anschrift der Krankenkasse):

Der Beschäftigte war in der/den aufgeführten Zeit/en arbeitsunfähig krank und hat keine Lohnfortzahlung erhalten

b) vom: bis: = Tage

c) vom: bis: = Tage

Bei Personen, die eine Ausbildung absolvieren, bitte zusätzlich angeben:

Das Ausbildungsverhältnis begann am _____ und endet voraussichtlich am _____.

Die Ausbildungsvergütung beträgt:

im 1. Ausbildungsjahr: _____ €, tariflich erhöht auf _____ € ab _____

im 2. Ausbildungsjahr: _____ €, tariflich erhöht auf _____ € ab _____

im 3. Ausbildungsjahr: _____ €, tariflich erhöht auf _____ € ab _____

im 4. Ausbildungsjahr: _____ €, tariflich erhöht auf _____ € ab _____

Raum für zusätzliche Bemerkungen:

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der arbeitgebenden Stelle Telefonnummer: