

2374

Anlage 3
Muster 2**Verdienstbescheinigung
zum Antrag auf Wohngeld**(Die **Auskunftspflicht** der **Arbeitgeberin/des Arbeitgebers** ergibt sich aus § 25 Abs. 2 des **Wohngeldgesetzes**.)

Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer (Name, Vorname)

Anschrift

Geburtsdatum

I beschäftigt vom - bis

I als (Beruf/Tätigkeit)

Steuerklasse

Schreiben Sie bitte in Druckschrift und kreuzen Sie
Zutreffendes so an ☒.

Wohngeldnummer				
RB	Kreis	Gmd.	Unterscheidungsnummer	PZ
1	2-3	4-6	7-11	12

(Falls Ihnen die **Wohngeldnummer** bekannt ist, bitte einsetzen.)1 **Steuerpflichtige Bruttoeinnahmen** aus **nichtselbständiger** Arbeit (z.B. Lohn, Gehalt, Werksrente) in den letzten **zwölf** Monaten vor Stellung **des Antrags** auf Wohngeld ohne Sonderzuwendungen und **steuerfreie Bezüge** (vgl. Zeilen 2 und 3):

Monat	Jahr	Euro/DM	Monat	Jahr	Euro/DM*)
Monat	Jahr	Euro/DM	Monat	Jahr	Euro/DM
Monat	Jahr	Euro/DM	Monat	Jahr	Euro/DM
Monat	Jahr	Euro/DM	Monat	Jahr	Euro/DM
Monat	Jahr	Euro/DM	Monat	Jahr	Euro/DM
Monat	Jahr	Euro/DM	Monat	Jahr	Euro/DM
Summe					Euro/DM

2 **Sonderzuwendungen** (in den letzten **zwölf** Monaten **gezahlt** oder zu erwartende):

Weihnachtsgeld	Euro/DM
Urlaubsgeld	Euro/DM
Zusätzliche Monatsgehälter	Euro/DM
Sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge	Euro/DM
3 Steuerfreie Bezüge in den letzten zwölf Monaten (z.B. Winterausfallgeld, Kurzarbeitergeld, Zuschläge f. Sonn-, Feiertags- und Nacharbeit usw.):	Euro/DM

4 Ausfallzeiten aus **folgendem** Grund:

vom - bis

5 Änderung der Einnahmen.

Werden sich die Einnahmen der **Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers** in den **nächsten zwölf** Monaten verringern oder **erhöhen**?ja ☐ D ☐ nein ☐5.1 **Falls ja**, ab wann und in **welcher** Höhe **monatlich**? (Datum, Euro/DM)5.2 Grund **für** die Veränderung der Einnahmen:6 **Krankenversicherung, Rentenversicherung und Steuern.** Die **Arbeitnehmerin der Arbeitnehmer** entrichtet:6.1 **Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung**ja O ☐ nein ☐6.2 **Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung**ja G ☐ nein D ☐6.3 **Steuern vom Einkommen (Einkommen-, Lohn-, Kapitalertrag- oder Kirchensteuer)**ja D ☐ nein ☐7 **Krankenversicherung (Name und Anschrift der Krankenkasse):**8 **Bei Auszubildenden:**8.1 Das **Ausbildungsverhältnis** der/des Auszubildenden hat begonnen am _____
und endet am _____8.2 Die **Vergütung** beträgt im 1. Ausbildungsjahr _____ Euro/DM

3. Ausbildungsjahr _____ Euro/DM

2. Ausbildungsjahr _____ Euro/DM

4. Ausbildungsjahr _____ Euro/DM.

Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben **vollständig** und **wahr** sind. Ich bin mir bewusst, dass **falsche Angaben strafrechtlich verfolgt** werden können.

Ort, Datum

Telefonnummer

Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

Hinweis: Wenn **Krankengeld** oder **Mutterschaftsgeld** bezogen wird oder bezogen wurde, bitte die Rückseite dieses Vordrucks von der zuständigen **Krankenkasse** vervollständigen lassen. Bei Bezug von **Arbeitslosengeld**, **Teilarbeitslosengeld**, **Unterhaltsgeld**, **Übergangsgeld**, **Kurzarbeitergeld**, **Insolvenzausfallgeld** und **Arbeitslosenhilfe** nach dem Dritten Buch **Sozialgesetzbuch** bitte die **Leistungsbescheide** des **Arbeitsamtes** vorlegen.*) Nicht **Zutreffendes** bitte streichen.

Bestätigung der Krankenkasse

(Nur bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld erforderlich)

2374

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)

Anschrift

Geburtsdatum

Bestätigungszeitraum

Die/der Versicherte

D war bzw. ist **arbeitsunfähig** krank und erhielt bzw. erhält **folgendes Krankengeld:**D **unterlag** bzw. unterliegt der **Schutzfrist** und erhielt bzw. erhält **folgendes Mutterschaftsgeld:**

vom - bis	Tage	Tagessatz Euro/DM	Gesamtbetrag Euro/DM	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Von dem Krankengeld wurden

D keine Beträge einbehalten: ☐

folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum

Euro/DM

Grund

Aktenzeichen

Telefonnummer

Stempel und Unterschrift

Ort, Datum

Bescheinigung des Finanzamtes

(Nur bei erhöhten Werbungskosten aus nichtselbständiger Arbeit erforderlich.)

Finanzamt

Ort, Datum

Der/dem **unseitig benannten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer** wird **bescheinigt**, dass im Kalenderjahrbei den Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit Werbungskosten gemäß § 9 EStG in Höhe von _____ Euro/DM
insgesamt (einschl. des Pauschbetrages nach § 9 a Nr. 1 EStG)

in Worten

Euro/Deutsche Mark

☐ **anerkannt wurden**☐ **voraussichtlich anerkannt werden.**

Dienstsiegel

(Unterschrift)