

Verdienstbescheinigung**zum Antrag auf Wohngeld**

(Die Auskunftspflicht der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers ergibt sich aus § 25 Abs. 2 des Wohngeldgesetzes.)

Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer (Name, Vorname)

Anschrift

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.)

Geburtsdatum	beschäftigt vom - bis	als (Beruf/Tätigkeit)	Steuerklasse
--------------	-----------------------	-----------------------	--------------

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
Monat	Jahr	Euro/DM	Monat	Jahr	Euro/DM
Summe					Euro/DM

2 **Sonderzuwendungen** (in den letzten zwölf Monaten gezahlte 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 Nachtarbeit 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 ☐ 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 ☐	nein ☐
6.2 Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	ja ☐	nein ☐
6.3 Steuern vom Einkommen (Einkommen-, Lohn-, Kapitalertrag- oder Kirchensteuer)	ja ☐	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)

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)

Anschrift

Geburtsdatum

Bestätigungszeitraum

Die/der Versicherte

- ☐ war bzw. ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld:
☐ 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

- ☐ 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 Kalenderjahr

bei 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.

(Unterschrift)

Dienstsiegel