

# Verdienstbescheinigung

zur Vorlage bei der Wohngeldstelle

(Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 25 (2) WoGG)

## 1. Arbeitnehmer(in)

Wohngeldnummer.

Name, Vorname		Anschrift	
Geburtsdatum	beschäftigt seit	Datum des Austritts	Berufsbezeichnung
Steuerklasse	Kinder laut Steuerklasse	Bestätigungszeitraum (bis 12 Monate vor Ausstellung)	

## 2. Bruttoeinnahmen

(Anzugeben ist der Bruttoarbeitslohn einschließlich des Arbeitgeberanteils zu vermögenswirksamen Leistungen, nach § 3 b EStG steuerfreier Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit sowie der unter **a)** bis **e)** aufgeführten Einnahmen)

Monat / Jahr	Euro	Monat / Jahr	Euro

Insgesamt: \_\_\_\_\_

In diesen Bruttoeinnahmen sind enthalten (bitte jeweils den Gesamtbetrag angeben):

- a) Weihnachtsgeld  nein  ja \_\_\_\_\_
- b) Urlaubsgeld  nein  ja \_\_\_\_\_
- c) nach § 3 Nr. 39 EStG steuerfreier Arbeitslohn  nein  ja \_\_\_\_\_
- d) nach § 40 a EStG vom Arbeitgeber pauschal besteuert Lohn  nein  ja \_\_\_\_\_
- e) weitere Sonderleistungen  nein  ja \_\_\_\_\_

## 3. Bei Auszubildenden

Das Ausbildungsverhältnis hat am \_\_\_\_\_ begonnen und endet voraussichtlich am \_\_\_\_\_.

Die Ausbildungsvergütung beträgt / betrug im 1. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_, im 2. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_,

und im 3. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ (Angaben in Euro).

## 4. Sozialversicherung und Steuern sowie Krankheitszeiten

Der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin entrichtete:

- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung  nein  ja
- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung  nein  ja
- Steuern vom Einkommen (Lohn-, Einkommens-, Kirchensteuer)  nein  ja
- Der Arbeitnehmer war in dem bestätigten Zeitraum *ohne* Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt  nein  ja

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

## Bestätigung der Krankenkasse

zur Vorlage bei der Wohngeldstelle

(Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 25 (2) WoGG)

Wohngeldnummer: \_\_\_\_\_

⇒ Nur bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld ⇐

Versicherte Person (Name, Vorname)		Anschrift	
Geburtsdatum	Bestätigungszeitraum		

### Der / Die Versicherte

war oder ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes *Krankengeld*:

unterlag oder unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes *Mutterschaftsgeld*:

vom – bis	Tage	Tagessatz brutto Euro	Tagessatz netto Euro	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
					Tagen
					Tagen
					Tagen

### Vom Krankengeld wurden

keine Beträge einbehalten.

folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum	Betrag	Grund

Ort, Datum	Telefon	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
------------	---------	---