

Verdienstbescheinigung

Die Verpflichtung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers zur Auskunft ergibt sich aus § 23 Absatz 2 des Wohngeldgesetzes.

1	Wohngeldberechtigte/r (Antragsteller/in)					
	Familienname, ggf. Geburtsname		Vorname/n	Geburtsdatum		
	Wohnanschrift				Telefonnummer	
	(Straße, Hausnummer, Stockwerk, ggf. Wohnungsnummer, Postleitzahl, Ort)					
	ist/war bei mir/uns					
	<input type="checkbox"/> beschäftigt als	Bezeichnung der Tätigkeit	in der Zeit	von – bis		
	<input type="checkbox"/> nicht beschäftigt	<input type="checkbox"/> ohne Bezüge beurlaubt	in der Zeit	von – bis		
2	Steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nicht selbständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und steuerfreie Bezüge (vergl. Nr. 3 und 4)					
	Monat	Jahr	Betrag / Euro	Monat	Jahr	Betrag / Euro
	Insgesamt:					
3	Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen, die in den letzten 12 Monaten gezahlt wurden oder die zu erwarten sind					
		Monat	Jahr	Betrag / Euro		
	<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld					
	<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld					
	<input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter					
	<input type="checkbox"/> Jahresprämie					
	<input type="checkbox"/> sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge					
4	Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerfreie Bezüge				Betrag / Euro	
	<input type="checkbox"/> Winterausfallgeld					
	<input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld					
	<input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nachtarbeit					
	<input type="checkbox"/> Übergangsgelder / Übergangsbeihilfen					
	<input type="checkbox"/> durchlaufende Gelder / Auslagenersatz					
	<input type="checkbox"/> andere steuerfreie Einnahmen					

Zentraler Formularpool Thüringen

5	Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r und erhält ein monatliches Arbeitsentgelt	
<input type="checkbox"/> mit Freistellungserklärung _____ in Höhe von:		Euro
<input type="checkbox"/> mit Lohnsteuerkarte _____ in Höhe von:		Euro
6	Das Ausbildungsverhältnis der / des Auszubildenden	
hat begonnen am:		Tag, Monat, Jahr
und endet am:		Tag, Monat, Jahr
Die monatliche Vergütung der / des Auszubildenden beträgt im		
1. Ausbildungsjahr	Euro	
2. Ausbildungsjahr	Euro	
3. Ausbildungsjahr	Euro	
4. Ausbildungsjahr	Euro	
7	Vom vorstehenden Bruttoeinkommen sind zu Lasten der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers entrichtet worden:	
a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Steuern vom Einkommen Steuerklasse _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8	Änderung des Bruttoeinkommens	
Das in Nr. 2 bezifferte Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten um mehr als 15 Prozent		
verringern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, ab Datum	um jährlich Euro
erhöhen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, ab Datum	auf jährlich Euro
9	Krankheitszeiten	
Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, vom Datum		bis Datum
vom Datum		bis Datum
Der dafür gezahlte Lohnausgleich / die Lohnfortzahlung oder der Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld ist im Bruttoeinkommen (Nr. 2) enthalten		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, in welcher Höhe? _____		Euro
Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:		
Name der Krankenkasse _____		
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) _____		
10	Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.	
11	Bestätigung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers	
Telefon		
Telefax		
E-Mail		