

# Verdienstbescheinigung

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

<b>1</b>	<b>Wohngeldberechtigte/r (Antragsteller/in)</b>					
	Familienname, ggf. Geburtsname		Vorname/n	Geburtsdatum		
	<b>Wohnanschrift</b>				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		
<b>2</b>	<b>Steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nicht selbständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und steuerfreie Bezüge (vergl. Nr. 3 und 4)</b>					
	Monat	Jahr	Betrag / Euro	Monat	Jahr	Betrag / Euro
	Insgesamt:					
<b>3</b>	<b>Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen, die in den letzten 12 Monaten gezahlt wurden oder die zu erwarten sind</b>					
		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					
<b>4</b>	<b>Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerfreie Bezüge</b>				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

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH  
 WOHNG-011-TH-FL - Verdienstbescheinigung zum Antrag auf Wohngeld- 4/2013

<b>5</b>	<b>Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r und erhält ein monatliches Arbeitsentgelt</b>	
<input type="checkbox"/> mit Freistellungserklärung _____ in Höhe von:		Euro
<input type="checkbox"/> mit Lohnsteuerkarte _____ in Höhe von:		Euro
<b>6</b>	<b>Das Ausbildungsverhältnis der / des Auszubildenden</b>	
hat begonnen am:		Tag, Monat, Jahr
und endet am:		Tag, Monat, Jahr
<b>Die monatliche Vergütung der / des Auszubildenden beträgt im</b>		
1. Ausbildungsjahr	Euro	
2. Ausbildungsjahr	Euro	
3. Ausbildungsjahr	Euro	
4. Ausbildungsjahr	Euro	
<b>7</b>	<b>Vom vorstehenden Bruttoeinkommen sind zu Lasten der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers entrichtet worden:</b>	
a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- <b>und</b> Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Steuern vom Einkommen <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Steuerklasse</span> _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>8</b>	<b>Änderung des Bruttoeinkommens</b>	
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
erhöhen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    wenn ja, ab	Datum	auf jährlich
		Euro
		Euro
<b>9</b>	<b>Krankheitszeiten</b>	
Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    wenn ja, vom		Datum
vom		Datum
		bis
		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)		
<b>10</b>	<b>Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.</b>	
<b>11</b>	<b>Bestätigung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers</b>	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers	
Telefon		
Telefax		
E-Mail		