

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:					0,00
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 3. Ausbildungsjahr	Euro
	2. Ausbildungsjahr 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 _____	