

# Verdienstbescheinigung

Die Verpflichtung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers zur Auskunft ergibt sich aus § 25 Absatz 2 des Wohngeldgesetzes

Eingang

<b>1 Arbeitnehmer/Arbeitnehmer</b>		
(Familienname, ggf. Geburtsname)	(Vorname)	(Geburtsdatum)

Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Etage, ggf. Wohnungsnummer, ggf. Telefonnummer)

ist/war bei mir/uns

<input type="checkbox"/> beschäftigt als	Tätigkeit	in der Zeit	von (Eintrittsdatum)	bis
<input type="checkbox"/> nicht beschäftigt/ohne Bezüge beurlaubt		in der Zeit	von	bis

**2 Steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und steuerfreien Bezüge (vergl. Nr. 3 und 4)**

Monat	Jahr	Betrag	Monat	Jahr	Betrag
		EUR			EUR
		EUR			EUR
		EUR			EUR
		EUR			EUR
		EUR			EUR
		EUR			EUR
		EUR			EUR

Insgesamt: EUR

**3 Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen (in den letzten 12 Monaten gezahlte oder zu erwartende)**

	Monat	Jahr	Betrag
<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld			EUR
<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld			EUR
<input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter			EUR
<input type="checkbox"/> Jahresprämie			EUR
<input type="checkbox"/> sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge			EUR

**4 Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerfreie Bezüge**

	Betrag
<input type="checkbox"/> Winterausfallgeld	EUR
<input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld	EUR
<input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nacharbeit	EUR
<input type="checkbox"/> Übergangsgelder/Übergangsbeihilfen	EUR
<input type="checkbox"/> durchlaufene Gelder/Auslagenersatz	EUR
<input type="checkbox"/> andere steuerfreie Einnahmen	EUR

- Urheberrechtlich geschützt -  
Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und  
elektronische Speicherung verboten!

13/620/8117/01 W. Kohhammer (04100)  
Deutscher Gemeindeverlag GmbH  
www.kohhammer.de  
Bestell-Fax: (01 80) 5 10 66 02 E-Mail: dgvd@kohhammer.de

<b>5</b>	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r und erhält ein monatliches Arbeitsentgelt
<input type="checkbox"/> mit Freistellungserklärung	in Höhe von: <input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
<input type="checkbox"/> mit Lohnsteuerkarte	in Höhe von: <input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
<b>6</b>	Das Ausbildungsverhältnis der/des Auszubildenden
	hat begonnen am: <input style="width: 100px;" type="text"/> Tag, Monat, Jahr
	und endet am: <input style="width: 100px;" type="text"/> Tag, Monat, Jahr
	Die monatliche Vergütung der/des Auszubildenden beträgt im
1. Ausbildungsjahr	<input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
2. Ausbildungsjahr	<input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
3. Ausbildungsjahr	<input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
4. Ausbildungsjahr	<input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
<b>7</b>	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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Steuerklasse <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>8</b>	Änderung des Bruttoeinkommens
	Das in Nr. 2 bezifferte Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten um mehr als 15 v. H.
verringern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, ab <input style="width: 100px;" type="text"/> Datum
	um jährlich <input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
erhöhen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, ab <input style="width: 100px;" type="text"/> Datum
	um jährlich <input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
<b>9</b>	Krankheitszeiten
	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
wenn ja, vom	<input style="width: 100px;" type="text"/> Datum
	bis <input style="width: 100px;" type="text"/> Datum
vom	<input style="width: 100px;" type="text"/> Datum
	bis <input style="width: 100px;" type="text"/> Datum
vom	<input style="width: 100px;" type="text"/> Datum
	bis <input style="width: 100px;" type="text"/> Datum
vom	<input style="width: 100px;" type="text"/> Datum
	bis <input style="width: 100px;" type="text"/> 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? <input style="width: 100px;" type="text"/> EUR
	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:
	Name, Anschrift der Krankenkasse <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
<b>10</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>11</b>	Bestätigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers
<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
Telefon	
<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	