

# Verdienstbescheinigung

## zum Antrag auf Wohngeld

(Die Auskunftspflicht der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers ergibt sich aus § 25 Abs. 2 des Wohngeldgesetzes)

**Schreiben Sie bitte in Druckschrift und kreuzen Sie Zutreffendes so an: .**

Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer

Wohngeldnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Falls Ihnen die Wohngeldnummer bekannt ist, bitte einsetzen)

Anschrift

Geburtsdatum	beschäftigt vom - bis	als (Beruf/Tätigkeit)	Steuerklasse
--------------	-----------------------	-----------------------	--------------

1. **Steuerpflichtige Bruttoeinnahmen** aus nichtselbständiger Arbeit (z. B. Lohn, Gehalt, Werksrente) in den letzten 12 Monaten vor Stellung des Antrags auf Wohngeld ohne Sonderzuwendungen und steuerfreie Bezüge (vgl. Zeilen 2 und 3):

Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *	Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *
Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *	Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *
Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *	Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *
Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *	Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *
Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *	Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *
Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *	Monat _____ Jahr _____ Euro/DM *

Summe: \_\_\_\_\_ Euro/DM

2. **Sonderzuwendungen** in den letzten 12 Monaten gezahlte oder zu erwartende):

Weihnachtsgeld	Euro/DM
Urlaubsgeld	Euro/DM
Zusätzliche Monatsgehälter	Euro/DM
Sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge	Euro/DM

3. **Steuerfreie Bezüge** in den letzten zwölf Monaten (z. B. Winterausfallgeld, Kurzarbeitergeld, Zuschläge für Sonn-, Feiertags- und Nachtarbeit usw.)

Euro/DM

4. Ausfallzeiten aus folgendem Grund:

vom - bis

5. **Änderungen der Einnahmen.** Werden sich die Einnahmen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten zwölf Monaten verringern oder erhöhen?

Ja     Nein  
 Ja     Nein

5.1 Falls ja, ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, Euro/DM \*)

5.2 Grund für die Veränderung der Einnahmen:

6 **Krankenversicherung, Rentenversicherung und Steuern.** Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer entrichtet:

6.1 Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.2 Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.3 Steuern vom Einkommen (Einkommen-, Lohn-, Kapitalertrag- oder Kirchensteuer)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

7 **Krankenversicherung** (Name und Anschrift der Krankenkasse)

8 **Bei Auszubildenden:**  
 8.1 Das **Ausbildungsverhältnis** der/des Auszubildenden hat begonnen am \_\_\_\_\_ und endet am \_\_\_\_\_

8.2 Die Vergütung beträgt im

1. Ausbildungsjahr _____ Euro/DM *	3. Ausbildungsjahr _____ Euro/DM *
2. Ausbildungsjahr _____ Euro/DM *	4. Ausbildungsjahr _____ Euro/DM *

**Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.**

Ort, Datum	Telefonnummer	Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers
------------	---------------	---

**Hinweis:** Wenn Krankengeld oder Mutterschaftsgeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte die Rückseite dieses Vordrucks von der zuständigen Krankenkasse vervollständigen lassen. Bei Bezug von Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Insolvenzausfallgeld und Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch bitte die Leistungsbescheide des Arbeitsamtes vorlegen.

\* = Nicht Zutreffendes bitte streichen

# Bestätigung der Krankenkasse

(Nur bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld erforderlich)

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)

Anschrift

--	--

Geburtsdatum

Bestätigungszeitraum

--	--

Die/der Versicherte

- war bzw. ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld:  
 unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld:

vom – bis	Tage	Tagessatz Euro/DM *	Gesamtbetrag Euro/DM *	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Von dem Krankengeld wurden

- keine Beträge einbehalten  folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum	Euro/DM *	Grund

Aktenzeichen

Telefonnummer

Stempel und Unterschrift

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

# Bescheinigung des Finanzamtes

(Nur bei erhöhten Werbungskosten aus nichtselbständiger Arbeit erforderlich)

Finanzamt

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Der/dem umseitig benannten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer wird bescheinigt, dass im Kalenderjahr \_\_\_\_\_

bei den Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit Werbungskosten gem. § 9 EStG in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro/DM \*  
insgesamt (einschl. des Pauschbetrages nach § 9 a Nr. 1 EStG)

in Worten

\_\_\_\_\_ Euro/Deutsche Mark \*

- anerkannt wurden  voraussichtlich anerkannt werden.

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

Dienstsiegel

\* = Nicht Zutreffendes bitte streichen.