

Arbeitgeber:

Verdienstbescheinigung zum Antrag auf Wohngeld

gem. § 25 Abs. 2 des Wohngeldgesetzes

Wohngeldnummer _____

Arbeitnehmer:

Personalnummer _____
 Geburtsdatum _____
 Beschäftigt von/bis _____
 Beschäftigt als _____
 Steuerklasse _____
 Kinderfreibetrag _____

1. Steuerpflichtige Bruttoeinnahmen in den letzten zwölf Monaten (ohne Sonderzuwendungen, steuerfreie Bezüge und Sachbezüge, s. Ziffern 2,3 und 4)

Abrechnungsmonat	Betrag	Abrechnungsmonat	Betrag
Gesamtsumme 12 Monate			
Enthaltene vermögenswirksame Leistungen nach 5. Verm BG vom Arbeitgeber erbracht			

2. Sonderzuwendungen (nicht in Ziffer 1 enthalten)

Art der Sonderzuwendung	Abrechnungsmonat	Betrag
Weihnachtsgeld		
Zusätzliches Urlaubsgeld		
Zusätzliche Monatsgehälter		
Kindergeld (BKGG)		
Sonstige Leistungen		

3. Steuerfreie Bezüge (nicht in Ziffer 1 enthalten)

3.1 Steuerfreier Kostenersatz (Zuschüsse und Entschädigungen, z.B. Fahrtkosten, Verpflegungszuschüsse, Auslösungen)

Art des steuerfreien Kostenersatz	Abrechnungsmonat	Betrag

3.2 Sonstige steuerfreie Bezüge (z.B. KUG, WAG, Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit)

Art des steuerfreien Bezüge	Abrechnungsmonat	Betrag

4. Sachbezüge (nicht in Ziffer 1 enthalten)

Art des Sachbezugs	Abrechnungsmonat	Betrag

5. Steuer- und Versicherungsleistungen

Bei dem bescheinigten Einkommen:

- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn ja nein
- wurde /wurden einbehalten und abgeführt:
 - a) die Lohnsteuer ja nein
Die Lohnsteuer wurde auf den Arbeitnehmer abgewälzt ja
 - b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen ja nein
 - c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen ja nein

6. Ausfallzeiten

In der Zeit vom - bis	Grund
-	
-	

7. Änderung des Einkommen in den nächsten 12 Monaten ja nein

Wenn ja, ab wann und in welcher Höhe ab _____ in Höhe von _____ monatlich
 Grund der Veränderung _____

8. Krankenversicherung (Name und Anschrift der Krankenkasse)

9. Ausbildungsverhältnis

Beginn Ende

Vergütung: 1. Ausbildungsjahr 2. Ausbildungsjahr 3. Ausbildungsjahr 4. Ausbildungsjahr

Ansprechpartner: _____
 Telefon: _____

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift