

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					
	(Straße, Hausnummer, Stockwerk, ggf. Wohnungsnummer, Postleitzahl, Ort)					Telefonnummer
	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:					
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 Thüringer Formularpool

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		Tag, Monat, Jahr
	hat begonnen am:		Tag, Monat, Jahr
	und endet am:		
	Die monatliche Vergütung der / des Auszubildenden beträgt im		
1. Ausbildungsjahr	Euro	3. Ausbildungsjahr	Euro
2. Ausbildungsjahr	Euro	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			