

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