

Verdienstbescheinigung zum Antrag auf Wohngeld



Rheinland-Pfalz

(Der/Die Arbeitgeber/in ist nach § 23 Abs. 2
des Wohngeldgesetzes zur Auskunft verpflichtet.)

Aktenzeichen

Falls Ihnen das Aktenzeichen bekannt ist, bitte einsetzen.

☒ Zutreffendes ankreuzen!

Herr/Frau	geboren am
wohnhaft in	Steuerklasse
ist bei mir/uns vom bis	als (Berufsbezeichnung)
	vom bis

beschäftigt und hatte in der Zeit

1. folgendes Bruttoeinkommen *) (einschließlich Überstundengeld, Krankengeldzuschuss, Gratifikationen, Prämien, zusätzlicher Monatsgehälter oder ähnlicher Bezüge, Lohnausgleich für Krankheitstage, Schlechtwettergeld, Auslösungen, Trennungsentschädigungen, Fahrtkostenzuschüsse, Arbeitgeberanteil zu den vermögenswirksamen Leistungen) für den

Monat	Betrag	Monat	Betrag
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€	Weihnachtsgeld	€
	€	Urlaubsgeld	€
		Bruttoeinkommen insgesamt	€

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

2. In diesem Bruttoeinkommen sind enthalten (bitte jeweils Gesamtbetrag angeben)

a) Zusätzliche Monatsgehälter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
b) Sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
c) Steuerfreier Arbeitslohn aus geringfügiger Beschäftigung (§ 3 Nr. 39 EStG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
d) vom Arbeitgeber pauschal besteuarter Arbeitslohn (§ 40 a EStG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
e) Sonstige steuerfreie Bezüge, z. B. Winterausfallgeld, Kurzarbeitergeld, Zuschläge für Sonntags- und Nachtarbeit, steuerfreie Fahrtkosten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
f) Entgeltumwandlung zur Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€

3. Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?

ja nein

Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Name, Vorname, Datum, Betrag)	€
Grund der Veränderung	

4. Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden

hat begonnen am und endet am

Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im

1. Ausbildungsjahr	€	3. Ausbildungsjahr	€
2. Ausbildungsjahr	€	4. Ausbildungsjahr	€

*) Bitte beachten Sie: Als Bruttoeinkommen sind die Einnahmen der letzten zwölf Monate vor der Ausstellung dieser Bescheinigung aufzuführen, sofern nicht ausdrücklich ein anderer Zeitraum benannt wird.

5. Die Arbeitnehmerin/Der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei

Krankenkasse

6. Sie/Er war arbeitsunfähig krank

in der Zeit vom – bis	Tage

Der Arbeitnehmer hatte in der Zeit vom _____ bis _____ unbezahlten Urlaub.

Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Lohnfortzahlung oder Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?

ja nein

In welcher Höhe? (Betrag)

€

7. Steuer- und Versicherungsleistungen: vom Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers wurde/wurden einbehalten oder abgeführt

- a) die Lohnsteuer ja nein
- 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

**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	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers	Telefon
------------	---	---------

8. Urschriftlich g. R. an die Krankenkasse

Die Arbeitnehmerin/Der Arbeitnehmer war arbeitsunfähig krank/unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt folgende Leistungen

vom – bis	Tage	Art der Leistung Krankengeld = K Mutterschaftsgeld = M	Tagessatz Betrag	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
			€	€	Tagen
			€	€	Tagen
			€	€	Tagen

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse	Telefon
------------	---	---------

9. Urschriftlich g. R. an die Agentur für Arbeit

Die Arbeitnehmerin/Der Arbeitnehmer erhielt in der Zeit von – bis	Arbeitslosengeld / Grundsicherung für Arbeitssuchende von	
	täglich (Betrag)	bei wöchentlich
	€	Tagen
	€	Tagen
	€	Tagen

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arbeitsamtes	Telefon
------------	---	---------

☒ Zutreffendes ankreuzen!

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!