

Verdienstbescheinigung

Zur Vorlage bei der
Abt. Wohnraumversorgung 64.3
 (Auskunftspflicht des Arbeitgebers nach § 32 Abs. 4 WoFG)

Die Angaben werden erbeten für die letzten 12 Monate bzw. die Zeit vom _____ bis _____

Az: _____

1. Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin

Name, Vorname		Anschrift			
Geburtsdatum	beschäftigt seit	Als (Berufsbezeichnung, freiwillige Angabe)		Steuerklasse	
		<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit		<input type="checkbox"/> Aushilfstätigkeit
Beschäftigungszeiten des bestätigten Zeitraumes vom – bis		vom – bis		vom – bis	

2. Bruttoarbeitslohn

(Bruttoarbeitslohn einschließlich vermögenswirksamer Leistungen, nach § 3b EStG steuerfreier Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit sowie der unten zu a) bis d) aufgeführten Einnahmen)

Monat _____ 20 ____	_____ €	Monat _____ 20 ____	_____ €
Monat _____ 20 ____	_____ €	Monat _____ 20 ____	_____ €
Monat _____ 20 ____	_____ €	Monat _____ 20 ____	_____ €
Monat _____ 20 ____	_____ €	Monat _____ 20 ____	_____ €
Monat _____ 20 ____	_____ €	Monat _____ 20 ____	_____ €
Monat _____ 20 ____	_____ €	Monat _____ 20 ____	_____ €
Insgesamt:			_____ €

In diesem Bruttoarbeitslohn ist enthalten oder in den nächsten 12 Monaten zu erwarten (jeweils Gesamtbetrag angeben)

	enthalten		zu erwarten
a) Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____ €	<input type="checkbox"/>
b) Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____ €	<input type="checkbox"/>
c) nach § 40a EStG vom Arbeitgeber pauschal besteuarter Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____ €	<input type="checkbox"/>
d) weitere Sonderleistungen Art: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____ €	<input type="checkbox"/>

Neben der geringfügigen Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IV) bestehen ____ weitere Beschäftigungen *

Bei Auszubildenden

Das Ausbildungsverhältnis hat am _____ 20____ begonnen.

Die Ausbildungsvergütung beträgt im

1. Ausbildungsjahr	_____ €	2. Ausbildungsjahr	_____ €	3. Ausbildungsjahr	_____ €
--------------------	---------	--------------------	---------	--------------------	---------

3. Sozialversicherung und Steuern

Der Arbeitnehmer entrichtet:

- Steuern vom Einkommen (Lohn-, Einkommensteuer) nein ja
- **Pflichtbeiträge** zur gesetzlichen Krankenversicherung nein ja
- **Pflichtbeiträge** zur gesetzlichen Rentenversicherung nein ja

bitte wenden

* Falls nicht zutreffend, bitte streichen

4. Der Arbeitnehmer war in dem o. a. Zeitraum ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt:

nein ja in der Zeit von _____ bis _____

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

Hinweis:

Wenn Krankengeld oder Mutterschaftsgeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte diesen Vordruck von der zuständigen Krankenkasse vervollständigen lassen.

Bestätigung der Krankenkasse

Versicherter (Name, Vorname)		Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
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	Gesamtbetrag	bei wöchentlich
			€	€ Tagen
			€	€ Tagen
			€	€ Tagen

Von dem Krankengeld wurden

- keine Beträge einbehalten.
 folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum	Betrag	Grund
	€	
	€	

Aktenzeichen	Telefon	Stempel und Unterschrift
Ort, Datum		