

<b>Empfänger:</b> Gemeinde Sanitz Der Bürgermeister Wohngeldstelle Rostocker Straße 19 18190 Sanitz	<b>VERDIENSTBESCHEINIGUNG ZUM ANTRAG AUF WOHNELD</b> <i>Der/ Die Arbeitgeber/ in ist laut Wohngeldgesetz zur Auskunft verpflichtet.</i>
--	--

Name: .....	Vorname: .....	Geburtsdatum: .....
Straße, Hausnr.: .....		Wohnort: .....
Berufsbezeichnung: .....		
Beschäftigt von: .....		bis: ..... Steuerklasse: .....

Der/ die o.a. Arbeitnehmer/ in hatte in der Zeit von: ..... bis: ..... folgendes **Bruttoeinkommen:**

**Achtung: Bitte bescheinigen Sie das Bruttoeinkommen einschließlich Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, zusätzliche Gehälter, Überstunden, Auslösungen, vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers und sonstige steuerfreie oder steuerpflichtige Beträge. Eine genauere Aufschlüsselung der Beträge dann bitte in der linken Spalte vornehmen.**

MONAT/ JAHR	EURO	Davon im Brutto enthalten	GEZAHLT VON-BIS	EURO
..... / .....	.....	Weihnachtsgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Urlaubsgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Vermögenswirksame Leistungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Kindergeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Betriebskindergeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Steuerfreie Auslösungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Steuerpflichtige Auslösungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Steuerfreie Fahrtkostenzuschüsse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Steuerpfli. Fahrtkostenzuschüsse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Steuerfreie Zuschläge für Nachtarbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Steuerfreie Zuschläge für Feiertagsarbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
..... / .....	.....	Steuerfreie Zuschläge für Sonntagsarbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
<b>GESAMT</b>		Schlechtwettergeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
		Kurzarbeitergeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
		Sonstige <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	..... - .....	.....
			..... - .....	.....
			..... - .....	.....

Der/ die Arbeitnehmer/ in entrichtet

a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung  ja  nein

b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung  ja  nein

c) Lohnsteuer  ja  nein

(laufend oder einmalig z.B. wegen einmaliger Zulagen wie Weihnachtsgeld oder Urlaubsgeld)

d) Kirchensteuer  ja  nein  
( ohne Mindestkirchensteuer )

e)  Das Arbeitsentgelt wird vom Arbeitgeber pauschal nach §§ 40, 40 a ESTG versteuert.

Werden sich die Einnahmen des Arbeitgebers/ der Arbeitnehmerin in den nächsten 12 Monaten verringern  ja  nein

Oder um mehr als 10 v. H. erhöhen:  ja  nein

Falls ja:

ab wann: ..... und in welcher Höhe: .....

Grund für die Veränderung der Einnahmen: .....

Der Arbeitnehmer/ die Arbeitnehmerin ist krankenversichert bei ( Name und Anschrift der Krankenkasse ):

Krankenkasse: .....

Strasse: ..... PLZ: ..... Ort: .....

Er/ sie war arbeitsunfähig krank a) vom ..... bis ..... = ..... Tage

b) vom ..... bis ..... = ..... Tage

c) vom ..... bis ..... = ..... Tage

Der dafür gezahlte Lohnausgleich ( Lohnfortzahlung bzw. Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld ) ist im Bruttoeinkommen enthalten/ nicht enthalten

ja  nein

und betrug

a) ..... €

b) ..... €

c) ..... €

Bei einem/ r Auszubildenden bitte zusätzlich angeben:

Das Ausbildungsverhältnis des/ der Auszubildenden begann am ..... und endet voraussichtlich am .....

Die Ausbildungsvergütung beträgt:

im 1. Lehrjahr ..... € tariflich erhöht auf ..... € ab .....

im 2. Lehrjahr ..... € tariflich erhöht auf ..... € ab .....

im 3. Lehrjahr ..... € tariflich erhöht auf ..... € ab .....

im 4. Lehrjahr ..... € tariflich erhöht auf ..... € ab .....

Raum für zusätzliche Bemerkungen:

.....

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des  
Arbeitgebers/ der Arbeitgeberin

Telefonnummer