Absender/in

Wohngeldnummer, soweit bekannt

Anlage zum Antrag auf Wohngeld vom

# Verdienstbescheinigung

**zur Vorlage bei Anträgen nach dem Wohngeldgesetz**

Stadtverwaltung Sigmaringen
Frau Weber
Fürst-Wilhelm-Straße 15
72488 Sigmaringen

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen x

**Wichtige Hinweise:**
Bei **Weiterleistungsanträgen** muss die Verdienstbescheinigung nur ausgefüllt werden, wenn gegenüber dem vorangegangenen Antrag Änderungen eingetreten sind, bzw. im Bewilligungszeitraum zu erwarten sind. Die Verpflichtung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, die folgenden Fragen zu beantworten, ergibt sich aus § 23 Abs. 2 des Wohngeldgesetzes.

**1 Arbeitnehmer/in**

| Familienname | Ggf. Geburtsname | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
|---|---|---|---|
| | | | Sigmaringen |

☐ Steuerklasse ☐ (bitte eintragen Steuerklasse: 1 - 6) lt. ELStAM

Beschäftigt in ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit zu % ☐ geringfügige Beschäftigung (MiniJob)

| In den letzten 12 Monaten beschäftigt als (Beruf/Tätigkeit): | In der Zeit von - bis |
|---|---|
| | |

☐ nicht beschäftigt von - bis

☐ ohne Bezüge beurlaubt von - bis

**2 Bruttogesamteinkommen in den letzten 12 Monaten bzw. ab Aufnahme**

**Das Bruttogesamteinkommen** (einschließlich Weihnachtsgeld, Sonderzuwendungen, Urlaubsgeld, zusätzliche Monatsgehälter oder ähnliche Bezüge, vermögenswirksame Leistungen der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers, Überstundenvergütungen, Gratifikationen, Prämien, Lohnfortzahlung, Krankengeldzuschuss, Lohnausgleich für Krankheitstage, Winterausfall-/ Wintergeld, Sachbezüge usw.) **einschließlich steuerfreier Einnahmen (vgl. Nummer 3) betrugen in den Monaten**:

| Monat/Jahr | Gesamtbetrag | **Im Bruttogesamteinkommen ist** | ent-halten | nicht ent-halten, jedoch zu erwarten | Jahr | Betrag |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | € | | | | | |
| | € | ☐ Weihnachtsgeld | ☐ | ☐ | | € |
| | € | ☐ Urlaubsgeld | ☐ | ☐ | | € |
| | € | Art | ☐ | ☐ | | € |
| | € | Art | ☐ | ☐ | | € |
| | € | **Wurde der Arbeitslohn pauschal besteuert?** | | ☐ nein | | ☐ ja |
| | € | **Von dem nebenstehenden Bruttoeinkommen sind - zu Lasten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers - entrichtet worden:** | | | | |
| | € | ☐ Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung | | | | |
| | € | ☐ Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- / Pflegeversicherung | | | | |
| | € | ☐ Steuern vom Einkommen (soweit aus dem Bruttoverdienst Lohnsteuer entrichtet wurde oder der Arbeitnehmer pauschale Lohnsteuer trägt) | | | | |
| | € | **Bei Auszubildenden** | Ausbildungsbeginn: Datum | | Ausbildungsende: Datum | |
| | € | | | | | |
| **Bruttogesamt-einkommen** | € | | | | | |

Vervielfältigung, Nachahmung, Bereitstellung und Veröffentlichung nur mit Genehmigung
Internet: https://www.machproforms.de
E-Mail: info@machproforms.de
MACH | formsolutions



Eingaben löschen | Drucken | Speichern

**3 Steuerfreie Einnahmen - für den Arbeitnehmer auch bei Pauschalbesteuerung durch den Arbeitgeber**

**Im Bruttogesamteinkommen sind folgende steuerfreie Einnahmen enthalten:**
(z.B. auch Auslösungen, Trennungsentschädigungen, Winterausfallgeld, Geburts- und Heiratsbeihilfen)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Fahrtkosten-, Verpflegungszuschüsse | € | | ☐ Entgeltumwandlung zur Altersvorsorge ☐ steuerfrei | | € |
| ☐ Kindergeld | € | | ☐ pauschalbesteuert | | € |
| ☐ Pauschal besteuerte Sachzuwendungen | € | | ☐ Arbeitgeberleistungen zur betrieblichen Altersversorgung ☐ steuerfrei | | € |
| ☐ Jubiläumsgeschenke | € | | ☐ pauschalbesteuert | | € |
| ☐ Durchlaufende Gelder, Auslagenersatz | € | Art | | | € |
| ☐ Zuschläge für Sonn-, Feiertags-, Nachtarbeit | € | Art | | | € |

**4 Änderungen des Bruttogesamteinkommens**

**Das unter Nummer 2 genannte Bruttogesamteinkommen** (einschließlich Weihnachtsgeld, Sonderzuwendungen, Urlaubsgeld, zusätzliche Monatsgehälter oder ähnliche Bezüge, vermögenswirksame Leistungen der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, Überstundenvergütungen, Gratifikationen, Prämien, Lohnfortzahlung, Krankengeldzuschuss, Lohnausgleich für Krankheitstage, Winterausfall-/Wintergeld, Sachbezüge usw.) **einschließlich steuerfreier Einnahmen (vgl. Nr. 3) wird sich in den nächsten 12 Monaten**

| **verringern** | Datum (TT.MM.JJJJ) | auf jährlich | **erhöhen** | Datum (TT.MM.JJJJ) | auf jährlich |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ nein ☐ ja, ab | | € | ☐ nein ☐ ja, ab | | € |

**5 Krankheitszeiten**

**Der/die Arbeitnehmer/in war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank**

☐ nein ☐ ja ☐ die dafür geleistete Lohnzahlung bzw. der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) ist im angegebenen Bruttoeinkommen enthalten.

| | |
|---|---|
| ☐ Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung | von - bis |
| ☐ Kinderbetreuungszeiten (§ 45 SGB V) (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes) | von - bis |

**6 Bestätigung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers**

Ich versichere, dass die unter den Nummern 1 bis 5 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

| Ort, Datum | Ansprechpartner/in | Telefon (Durchwahl) | Stempel und Unterschrift |
|---|---|---|---|
| Telefax | E-Mail-Adresse | | |

**7 Bescheinigung der Krankenkasse**

Wenn Sie **Krankengeld oder Mutterschaftsgeld** beziehen oder bezogen haben, bitte nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen **oder** einen separaten von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen.

**Der/die vorgenannte Arbeitnehmer/in ist bzw. war in den letzten 12 Monaten**

☐ arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld
☐ erhielt Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V).
☐ Empfängerin von Mutterschaftsgeld

Bei den Beträgen bitte den **Bruttogesamtbetrag** angeben, ggf. einschließlich der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung, die zu Lasten der/des Versicherten zu entrichten sind.

| in der Zeit vom - bis | | Anzahl Tage | Tagessatz | bei wöchentlich (Tage) | Gesamtbetrag (brutto!) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | € | | € |
| | | | € | | € |
| | | | € | | € |
| **Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt** | | | | | € |

**8 Bestätigung der Krankenkasse**

Ich versichere, dass die unter den Nummer 7 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

| Ort, Datum | Ansprechpartner/in | Telefon (Durchwahl) | Stempel und Unterschrift |
|---|---|---|---|
| Telefax | E-Mail-Adresse | | |

**9 Bezug von Leistungen der Agentur für Arbeit**

Erhalten oder erhielten Sie in den letzten 12 Monaten Lohn- und/oder Einkommensersatzleistungen (wie z.B. Arbeitslosengeld, Ausbildungsgeld nach § 122 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III), Berufsausbildungsbeihilfe oder Unterhaltsgeld), dann **legen Sie bitte die Leistungsbescheide vor.**



Eingaben löschen | Drucken | Speichern

MACH | formsolutions