



Verdienstbescheinigung

Wohngeldstelle

Stadtverwaltung Ilmenau, Bahnhofstraße 7,
98693 Ilmenau

Postanschrift: Am Markt 7, 98693 Ilmenau

Eingangsstempel der Wohngeldstelle

Die Verpflichtung der Arbeitgeberin/ des Arbeitgebers zur Auskunft ergibt sich aus § 23 Absatz 2 des Wohngeldgesetzes.

1	Wohngeldberechtigte/r (Antragsteller/in)					
	Familienname, ggf. Geburtsname		Vorname/n		Geburtsdatum	
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, Stockwerk, ggf. Wohnungsnummer, Postleitzahl, Ort)					
	Telefonnummer					
	ist / war bei mir / uns					
	<input type="checkbox"/> beschäftigt als	Bezeichnung der Tätigkeit	in der Zeit	von – bis		
	<input type="checkbox"/> nicht beschäftigt	<input type="checkbox"/> ohne Bezüge beurlaubt	in der Zeit	von – bis		
	Es handelt sich um					
	<input type="checkbox"/> nichtselbständige Arbeit	<input type="checkbox"/> ein Ausbildungsverhältnis	<input type="checkbox"/> eine geringfügige Beschäftigung (Minijob)			
2	Steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und steuerfreie Bezüge (vergl. Nr. 3 und 4)					
	Monat	Jahr	Betrag / Euro	Monat	Jahr	Betrag / Euro
	Insgesamt:					
3	Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen, die in den letzten 12 Monaten gezahlt wurden oder die zu erwarten sind					
		Monat	Jahr	Betrag / Euro		
	<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld					
	<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld					
	<input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter					
	<input type="checkbox"/> Jahresprämie					
	<input type="checkbox"/> sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge					
4	Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerfreie Bezüge				Betrag / Euro	
	<input type="checkbox"/> Winterausfallgeld					
	<input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld					
	<input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn-, und Feiertage sowie Nacharbeit					
	<input type="checkbox"/> Übergangsgelder / Übergangshilfen					
	<input type="checkbox"/> Durchlaufende Gelder / Auslagenersatz					
	<input type="checkbox"/> Andere steuerfreie Einnahmen					

5	Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte / r und erhält ein monatliches Arbeitsentgelt						
	<input type="checkbox"/> mit Freistellungserklärung		in Höhe von:	Euro			
	<input type="checkbox"/> mit Lohnsteuerkarte		in Höhe von:	Euro			
6	Das Ausbildungsverhältnis der / des Auszubildenden						
			hat begonnen am:	Tag, Monat, Jahr			
			und endet am:	Tag, Monat, Jahr			
	Die monatliche Vergütung der / des Auszubildenden beträgt im						
	1. Ausbildungsjahr	Euro	3. Ausbildungsjahr	Euro			
2. Ausbildungsjahr	Euro	4. Ausbildungsjahr	Euro				
7	Vom vorstehenden Bruttoeinkommen sind zu Lasten der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers entrichtet worden:						
	a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
	b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
	c) Steuern vom Einkommen	Steuerklasse	Kinderfreibetrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
8	Änderung des Bruttoeinkommens						
	Das in Nr. 2 bezifferte Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten um mehr als 15 Prozent						
	verringern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, ab	Datum	um jährlich	Euro
	erhöhen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, ab	Datum	auf jährlich	Euro
9	Krankheitszeiten						
	Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank						
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, vom	Datum		bis	Datum
			vom	Datum		bis	Datum
			vom	Datum		bis	Datum
			vom	Datum		bis	Datum
	Der dafür gezahlte Lohnausgleich / die Lohnfortzahlung oder der Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld ist im Bruttoeinkommen (Nr. 2) enthalten						
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, in welcher Höhe?	Euro			
	Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:						
	Name der Krankenkasse						
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)							
10	Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind.						
11	Bestätigung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers						
	Ort, Datum			Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers			
	Telefon						