

# Verdienstbescheinigung zum Antrag auf Wohngeld



Rheinland-Pfalz

Aktenzeichen

Falls Ihnen das Aktenzeichen bekannt ist, bitte einsetzen.

**IL MODULO VA SPEDITO PER INTERO AL  
VOSTRO DATORE DI LAVORO, SPETTA A LUI  
LA COMPILAZIONE**

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

☒ Zutreffendes ankreuzen!

Herr/Frau <b>IL VOSTRO COGNOME E NOME</b>		geboren am <b>LUOGO DI NASCITA</b>
wohnhaft in <b>INDIRIZZO DI RESIDENZA</b>		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
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€	<b>Weihnachtsgeld</b>	€
	€	<b>Urlaubsgeld</b>	€
		<b>Bruttoeinkommen insgesamt</b>	€

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 <small>Krankengeld = K Mutterschaftsgeld = M</small>	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!