



Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers
 Zur Ermittlung des Jahreseinkommens nach § 20 Wohnraumförderungsgesetz

Name, Vorname:		Anschrift:	
geb.	beschäftigt seit:	Steuerkl./Kinder (lt. Steuerkarte)	
beschäftigt als:			

In der Zeit von _____ bis _____ erzielte der/die o.G. folgendes monatliches Bruttoeinkommen

(d. h. in den letzten 12 Monaten einschließlich des laufenden Monats) folgendes Bruttoeinkommen:

Monat	Betrag in EURO	Monat	Betrag in EURO

**Gesamtbrutto-
einkommen in €**

--

In diesem Bruttoeinkommen sind enthalten (jeweils Gesamtbetrag):

a) vermögenswirksame Leistungen

des Arbeitgebers
 des Arbeitnehmers

**Nicht zutreffendes
bitte streichen**

Ja / Nein
 Ja / Nein

EURO _____
 EURO _____

b) steuerfreie Einnahmen

Kindergeld
 Geburtshilfen
 Jubiläumsgeschenke
 Durchlaufende Gelder, Auslagenersatz
 Heiratsbeihilfen
 Übergangsgelder, Übergangsbeihilfen
 Pauschale Fehlgeldentschädigung
 Andere steuerfreie Einnahmen
 Art:

**Nicht zutreffendes
bitte streichen**

Ja / Nein
 Ja / Nein
 Ja / Nein
 Ja / Nein
 Ja / Nein
 Ja / Nein
 Ja / Nein
 Ja / Nein

EURO _____
 EURO _____
 EURO _____
 EURO _____
 EURO _____
 EURO _____
 EURO _____
 EURO _____

c) Urlaubsgeld

Ja / Nein

EURO _____

d) Weihnachtsgeld

Ja / Nein

EURO _____

d) kinderbezogener Bestandteil des Ortszuschlages
 (nur öffentl. Dienst)

Ja / Nein

EURO _____

- bitte wenden -

Sozialversicherung und Steuern (bitte unbedingt ausfüllen)

Der Arbeitnehmer / Die Arbeitnehmerin entrichtet vom Einkommen:

- a) Steuern (Lohn-, Einkommen-, Kirchensteuer) nein ja
- b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung nein ja
- c) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nein ja

Der Arbeitnehmer / Die Arbeitnehmerin war in dem bestätigten Zeitraum <u>ohne</u> Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

Ort, Datum Telefon Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Wichtig !
Wenn Krankengeld oder Mutterschaftsgeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte diesen Vordruck von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen.

Bestätigung der Krankenkasse

Name, Vorname:	Anschrift:
geb.:	Bestätigungszeitraum:

Der/Die Versicherte

- war bzw. ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld (brutto)
- unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld

Von - bis	Tage	Tagessatz (Betrag in €)	Gesamtbetrag in €	bei wöchentlich	
					Tagen
					Tagen
					Tagen

Vom Krankengeld wurden

- keine Beträge einbehalten.
- folgende Beträge einbehalten

Zeitraum	Betrag in €	Grund

Ort, Datum Telefon Stempel und Unterschrift der Krankenkasse