

▼ Bitte senden an:

Stadt Leipzig
Sozialamt
Abteilung Wohngeld
04092 Leipzig

Eingangsvermerk

Verdienstbescheinigung

1	Antragstellerin/Antragsteller Familienname, ggf. Geburtsname	Vorname/n	Geburtsdatum
Wohnanschrift Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Etage, ggf. Wohnungsnummer, ggf. Telefonnummer			
ist/war bei mir/uns			
<input type="checkbox"/> beschäftigt als		Tätigkeit	in der Zeit
<input type="checkbox"/> nicht beschäftigt/ohne Bezüge beurlaubt		in der Zeit	von bis von bis
2	Steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung auf Wohngeld ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und steuerfreien Bezüge (vergl. Nr. 3 und 4)		
Monat	Jahr	Betrag	Monat Jahr Jahr Betrag
		Euro	Euro
		Euro	Euro
		Euro	Euro
		Euro	Euro
		Euro	Euro
		Euro	Euro
Insgesamt:			Euro
3	Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen (in den letzten 12 Monaten gezahlte oder zu erwartende)		
	Monat	Jahr	Betrag
<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld			Euro
<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld			Euro
<input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter			Euro
<input type="checkbox"/> Jahresprämie			Euro
<input type="checkbox"/> sonstige zusätzliche Leistungen/ Sachbezüge			Euro
4	Nicht im Brutto unter Nr. 2 enthaltene steuerfreie Bezüge		
<input type="checkbox"/> Winterausfallgeld	Euro		
<input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld	Euro		
<input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nacharbeit	Euro		
<input type="checkbox"/> Übergangsgelder/Übergangsbeihilfen	Euro		
<input type="checkbox"/> durchlaufende Gelder/Auslagenersatz	Euro		
<input type="checkbox"/> andere steuerfreie Einnahmen	Euro		

5	Die Arbeitnehmerin/ der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r und erhält ein monatliches Arbeitsentgelt		Euro
	a) nach § 3 Nr. 39 EStG <input type="checkbox"/> mit Freistellungserklärung _____ in Höhe von: _____		Euro
	<input type="checkbox"/> mit Lohnsteuerkarte _____ in Höhe von: _____		Euro
	b) nach § 40 a EStG _____ in Höhe von: _____		Euro
6	Das Ausbildungsverhältnis der/des Auszubildenden		Datum
	_____ hat begonnen am: _____		Datum
	_____ und geendet am: _____		Datum
	Die monatliche Vergütung der/des Auszubildenden beträgt im		Euro
	1. Ausbildungsjahr _____ Euro	3. Ausbildungsjahr _____ Euro	Euro
	2. Ausbildungsjahr _____ Euro	4. Ausbildungsjahr _____ Euro	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"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	c) Steuern vom Einkommen _____ Steuerklasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8	Änderung des Bruttoeinkommens		
	Das in Nr. 2 bezifferte Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten um mehr als 15 v.H.		
	verringern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, ab _____ Datum _____ um jährlich _____ Euro		Euro
	erhöhen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, ab _____ Datum _____ auf jährlich _____ Euro		Euro
9	Krankheitszeiten		
	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank?		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, vom _____ Datum _____ bis _____ Datum _____		Datum
	_____ vom _____ Datum _____ bis _____ Datum _____		Datum
	_____ vom _____ Datum _____ bis _____ Datum _____		Datum
	_____ vom _____ Datum _____ bis _____ Datum _____		Datum
	_____ vom _____ Datum _____ bis _____ Datum _____		Datum
	Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich/die Lohnfortzahlung oder der Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld im Bruttoeinkommen (Nr.2) enthalten?		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, in welcher Höhe? _____ Euro		Euro
	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei: Name, Anschrift der Krankenkasse _____		
10	Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.		
11	Bestätigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers Ort, Datum _____ Telefon _____	Die Auskunftspflicht der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers ergibt sich aus § 23 Abs. 2 Wohngeldgesetz Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers _____	