

**Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers
für den sozialen Wohnungsbau**

Anlage A

**Schreiben Sie bitte in Druckschrift
und kreuzen Sie zutreffendes so an**

Arbeitnehmer
Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf:

1. **Steuerpflichtige Einkünfte**, z.B. Lohn, Gehalt, Dienstbezüge, Ausbildungsvergütung, Minijob, **ohne** Sonderzuwendungen und steuerfreien Bezügen im letzten Kalenderjahr vor Antragstellung und im laufenden Kalenderjahr bis zum Monat der Antragstellung:

01/202_ _____	€	07/202_ _____	€	01/202_ _____	€	07/202_ _____	€
02/202_ _____	€	08/202_ _____	€	02/202_ _____	€	08/202_ _____	€
03/202_ _____	€	09/202_ _____	€	03/202_ _____	€	09/202_ _____	€
04/202_ _____	€	10/202_ _____	€	04/202_ _____	€	10/202_ _____	€
05/202_ _____	€	11/202_ _____	€	05/202_ _____	€	11/202_ _____	€
06/202_ _____	€	12/202_ _____	€	06/202_ _____	€	12/202_ _____	€
Summe:	_____	_____	€	Summe:	_____	_____	€

2. Zusätzliche Sonderzuwendungen
- | | im Vorjahr | im laufenden Jahr |
|--|------------|-------------------|
| Weihnachtsgeld | _____ € | _____ € |
| Urlaubsgeld | _____ € | _____ € |
| zusätzliche Monatsgehälter | _____ € | _____ € |
| sonstige zusätzliche Leistungen / Sachbezüge | _____ € | _____ € |

Ausfallzeiten

in den unter Punkt 1 aufgeführten Zeiträumen (z.B. durch unbezahlte Urlaubstage, Krankentage ohne Lohnfortzahlung usw.)

sind nicht vorhanden

am: _____

3. **Einkommensveränderungen** gegenüber den unter Punkt 1 aufgeführten Einkünften, die im laufenden Monat der Antragstellung bereits eingetreten oder mit Sicherheit innerhalb von zwölf Monaten zu erwarten sind:

Einkommenserhöhung

Einkommensverringerung

Grund: _____

Neuer Betrag: _____ € ab dem _____ monatlich einmal jährlich

4. **Krankenversicherung, Rentenversicherung und Steuern**

Der Arbeitnehmer / Die Arbeitnehmerin entrichtet:

Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung

ja

nein

Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung

ja

nein

Steuern vom Einkommen

ja

nein

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt

(Ort und Datum)

(Unterschrift / Stempel des Arbeitgebers)

Angaben des Arbeitnehmers / der Arbeitnehmerin

5. Werbungskosten

- gesetzliche Pauschale erhöhte (Nachweis!) _____ €
 Kinderbetreuungskosten für ein zum Haushalt gehörendes
Kind unter 14 Jahren im Sinne des § 32 Abs. 1 EStG

6. Freiwillige Krankenversicherung, Rentenversicherung bzw. Lebensversicherung

(Nachweise beifügen!)

- nur wenn keine gesetzlichen Beiträge (s. auch Vorderseite) entrichtet werden -

Ich entrichte

- weder freiwillige Krankenversicherung, noch freiwillige Rentenversicherung
 freiwillige Krankenversicherungsbeiträge

(Name und Anschrift der Krankenkasse) (€ monatlich)

- freiwillige Rentenversicherungs- oder Lebensversicherungsbeiträge

(Name und Anschrift der Renten-, Lebensversicherungs-
Pensions- oder Versorgungskasse) (€ monatlich)

Ich versichere, dass die vorstehenden Erklärungen richtig und vollständig sind.
Mir ist bekannt, dass falsche Angaben als Falschbeurkundung oder Betrug verfolgt
oder bestraft werden können.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Bestätigung der Krankenkasse

- nur auszufüllen bei Bezug von Krankengeld während den unter Punkt 1 aufgeführten
Zeiträumen -

Versicherte / Versicherter

Name / Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Beschäftigungszeitraum:

Der / Die Versicherte

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

von - bis	Tage	Tagessatz €	Gesamtbetrag €	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen

Von dem Krankengeld wurden

- keine Beiträge einbehalten folgende Beiträge einbehalten:

Zeitraum	€	Grund

(Ort und Datum)

(Unterschrift / Stempel der Krankenkasse)