

Verdienstbescheinigung

Zur Vorlage bei der **Abt. Wohnraumversorgung 64.3**
(Auskunftspflicht des Arbeitgebers nach § 24 Abs. 2 HWoFG)

Aktenzeichen (falls bekannt):

1. Arbeitnehmer:in

Name, Vorname		Geburtsdatum	Anschrift		
beschäftigt seit	beschäftigt bis		<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	Steuerklasse
			<input type="checkbox"/> Aushilftätigkeit		Kinder lt. Steuerklasse

2. Steuerpflichtiges Bruttoarbeitsentgelt der letzten 12 Monate:

Monat	20	€	Monat	20	€
Monat	20	€	Monat	20	€
Monat	20	€	Monat	20	€
Monat	20	€	Monat	20	€
Monat	20	€	Monat	20	€
Monat	20	€	Monat	20	€
Insgesamt:					€

In diesem Bruttoarbeitslohn ist enthalten oder in den nächsten 12 Monaten zu erwarten (jeweils Gesamtbetrag angeben):

	enthalten	zu erwarten
a) Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€ <input type="checkbox"/>
b) Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€ <input type="checkbox"/>
c) nach § 40a EStG vom Arbeitgeber pauschal besteuert Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€ <input type="checkbox"/>
d) weitere Sonderleistungen Art: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€ <input type="checkbox"/>

Neben der geringfügigen Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IV) bestehen ___ weitere Beschäftigungen.

Bei Auszubildenden:

Dauer des Ausbildungsverhältnisses: _____ 20_____ bis _____ 20_____

Die Ausbildungsvergütung beträgt im

1. Jahr	€	2. Jahr	€	3. Jahr	€	4. Jahr	€
---------	---	---------	---	---------	---	---------	---

3. Sozialversicherung und Steuern

D. Arbeitnehmer:in entrichtet:

- Steuern vom Einkommen (Lohn-, Einkommensteuer) nein ja
- Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nein ja
- Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nein ja

4. Das Bruttoentgelt (monatlich) wird sich in den nächsten 12 Monaten auf Dauer voraussichtlich:

mindern nein ja ab: _____ €

erhöhen nein ja ab: _____ €

Grund: _____

5. D. Arbeitnehmer:in war in dem o. a. Zeitraum ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt:

nein ja in der Zeit von _____ bis _____

Ort, Datum	Telefon	Stempel und Unterschrift d. Arbeitgeber:in
------------	---------	--