



VERDIENSTBESCHEINIGUNG FÜR DIE AUSSTELLUNG EINES WOHNBERECHTIGUNGSSCHEINES

Name		Vorname	
PLZ	Wohnort	Straße / Hsnr.	
Geburtsdatum	Steuerklasse/Kinderfreibeträge	beschäftigt seit	als

Es wird gebeten, zur Ermittlung des Jahreseinkommens nach § 20 ff. Wohnraumförderungsgesetz (WoFG), den **Gesamtbetrag der Bruttoeinnahmen** für die letzten 12 Monate bzw. ab Beginn des Beschäftigungsverhältnisses zu bescheinigen. Es sind sämtliche - **auch steuerfreie** - Einkünfte einschließlich aller Sonderzahlungen, Höhe der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Wert der Sachleistungen usw. anzugeben.

In der Zeit von _____ bis _____ wurde folgendes Bruttoeinkommen erzielt:

Monat	Beitrag in EUR	Monat	Beitrag in EUR
Monat	Beitrag in EUR	Monat	Beitrag in EUR
Monat	Beitrag in EUR	Monat	Beitrag in EUR
Monat	Beitrag in EUR	Monat	Beitrag in EUR
Monat	Beitrag in EUR	Monat	Beitrag in EUR
Monat	Beitrag in EUR	Monat	Beitrag in EUR

Gesamtbetrag in EUR

In diesem Bruttoeinkommen sind u.a. enthalten (jeweils Gesamtbetrag)

- ☐ Einmalzahlung (z.B. Weihnachtsgeld, Abfindungen ect.)
- ☐ Sonderzuwendungen (z.B. Urlaubsgeld)
- ☐ Steuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags-, oder Nachtarbeit (§3 b EstG)
- ☐ Sonstige steuerfreie Einnahmen

(z.B. Jubiläumszuwendungen, Provisionen, Kurzarbeitergeld, Umsatzbeteiligungen, steuerfreie Reisekosten usw.)

Dem/Der Arbeitnehmer/in wird voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten gezahlt:

- ☐ monatliches Bruttoeinkommen ab _____
- ☐ Einmalzahlung (z.B. Weihnachtsgeld, Abfindung etc.)
- ☐ Sonderzuwendung (z.B. Urlaubsgeld)
- ☐ Steuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit (§3 b EstG)
- ☐ Sonstige steuerfreie Einnahmen

(z.B. Jubiläumszuwendungen, Provisionen, Kurzarbeitergeld, Umsatzbeteiligungen, steuerfreie Reisekosten usw.)



Der/Die Arbeitnehmer/in entrichtet:

Lohnsteuer ☐ ja ☐ nein
Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ☐ ja ☐ nein
Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung ☐ ja ☐ nein

Der/Die Arbeitnehmer/in hat in dem o.a. Zeitraum Kurzarbeitergeld erhalten:

☐ ja Zeitraum von - bis: _____ Beitrag: _____ EUR

Der/Die Arbeitnehmer/in war in dem o.a. Zeitraum ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt:

☐ ja ☐ nein Falls ja, von _____ bis _____

Das Ausbildungsverhältnis hat am _____ begonnen und endet am _____

Die Ausbildungsvergütung beträgt:
gezahlt:

1. Ausbildungsjahr: _____ EUR
2. Ausbildungsjahr: _____ EUR
3. Ausbildungsjahr: _____ EUR
4. Ausbildungsjahr: _____ EUR

Dem/Der Auszubildenden wird voraussichtlich

☐ Weihnachtsgeld _____ EUR

☐ Urlaubsgeld _____ EUR

Ort/Datum

Telefon

Unterschrift/Stempel Arbeitgeber/in

Bestätigung der Krankenkasse

Nur ausfüllen wenn während des o.a. Zeitraums Leistungen (Krankengeld/Mutterschaftsgeld) bezogen wurden.

Name		Vorname	
PLZ	Wohnort	Straße / Hsnr.	

Der/Die o.g. Versicherte

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

Art der Leistungen:

von - bis	Tage	Tagessatz (brutto) EUR	Gesamtberag EUR	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Von den o.a. Leistungen wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung einbehalten: ☐ nein ☐ ja _____ EUR

Ort

Datum

Aktenzeichen

Telefonnummer

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse