

VERDIENSTBESCHEINIGUNG

(Anlage zum Antrag auf Erteilung eines Wohnberechtigungsscheins)

Diese Bescheinigung ist vom Arbeitgeber auszufüllen.

Frau/Herr _____ geb. am _____

wohnhaft _____ ist/ war bei mir/ uns

vom _____ bis _____ als _____ beschäftigt.

(bei Berufsausbildung bitte das voraussichtliche Ausbildungsende angeben: _____)

Steuerkl. und Anz. der Kinder _____ / _____, Krankenversichert bei _____

1. **Gesamtbetrag der Bruttoeinnahmen** für die letzten 12 Monate bzw. ab Beginn des Beschäftigungsverhältnisses (unter Einbeziehung des Monats, in dem diese Bescheinigung erstellt wird). Es sind sämtliche, auch steuerfreie Einnahmen einschl. aller Sonderzahlungen, Höhe der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Wert der Sachleistungen usw. anzugeben.

Monat/Jahr _____	€ _____	Monat/Jahr _____	€ _____
Monat/Jahr _____	€ _____	Monat/Jahr _____	€ _____
Monat/Jahr _____	€ _____	Monat/Jahr _____	€ _____
Monat/Jahr _____	€ _____	Monat/Jahr _____	€ _____
Monat/Jahr _____	€ _____	Monat/Jahr _____	€ _____
Monat/Jahr _____	€ _____	Monat/Jahr _____	€ _____

Gesamtbetrag € _____

In den oben genannten Beträgen sind u. a. enthalten:

- | | | | |
|---|---------|--|---------|
| a) Weihnachtsgeld | € _____ | e) zusätzliche Monatsgehälter | € _____ |
| b) Urlaubsgeld | € _____ | f) Wintergeld gem. § 80
Arbeitsförderungsgesetz | € _____ |
| c) Provisionen, Umsatzbe-
teiligung und ähnliches | € _____ | g) Kurzarbeitergeld
Schlechtwettergeld | € _____ |
| d) sonstiges, z.B. Jahres-
endprämie, Jubiläumsszu-
wendungen | € _____ | h) steuerfreie Auslösungen | € _____ |

2. **Voraussichtliche Sonderzahlungen** - soweit bekannt - **in den nächsten 12 Monaten** (bitte nach vorheriger Buchstabenaufstellung mit Betrag aufführen):

3. Werden sich die Einnahmen in den nächsten 12 Monaten verringern / erhöhen ? ja nein
 Falls ja, Grund für die Verringerung / Erhöhung *) der Einnahmen

Ab wann und in welcher Höhe monatlich ?

4. Werden vom Gehalt / Lohn folgende Abzüge einbehalten ?
- a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (nur Arbeitnehmeranteil) / Pflegeversicherung ja nein
- b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (nur Arbeitnehmeranteil) ja nein
- c) Lohn- / Einkommensteuer (Bitte Nr. 5 beachten)
 (Es ist hierbei unerheblich, ob die Steuern laufend - also monatlich - oder nur einmal im Jahr z.B. bei Auszubildenden evtl. in Verbindung mit Sonderzahlungen wie Weihnachts- / Urlaubsgeld entrichtet werden.) ja nein

5. Wird das Arbeitsentgelt vom Arbeitgeber gemäß § 40a Einkommensteuergesetz pauschal versteuert (trägt der Arbeitgeber die Steuern selbst) ? ja nein

Ort, Datum _____

(Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)
 Telefon-Nr. _____

**Bitte nur für den Fall von der Krankenkasse ausfüllen lassen,
 wenn Ihnen kein Nachweis über Krankengeldzahlungen vorliegt!**

Der/Die Arbeitnehmer/in war arbeitsunfähig		Höhe des gezahlten Kranken- /Hausgeldes bzw. der Mutterschaftshilfe *		
vom _____	bis _____	brutto € _____ 1)	tgl. 2)	wöchtl.
vom _____	bis _____	brutto € _____ 1)	tgl. 2)	wöchtl.
vom _____	bis _____	brutto € _____ 1)	tgl. 2)	wöchtl.

1) einschl. der an die Rentenversicherung zu leistenden Abgaben

2) bitte ankreuzen: werktätlich arbeitstätlich kalendertätlich

Ort, Datum _____

(Stempel und Unterschrift der Krankenkasse)
 Telefon-Nr. _____

*) Nichtzutreffendes bitte streichen!