

Voraussichtliche Verdienstbescheinigung zum Antrag auf Wohngeld vom

(Die Auskunftspflicht der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers ergibt sich aus § 25 Abs. 2 des Wohngeldgesetzes)

Arbeitnehmerin / Arbeitnehmer (Name, Vorname, Anschrift)

Wohngeld-Aktenzeichen

(Falls Ihnen das Wohngeld-Aktenzeichen bekannt ist, bitte einsetzen)

Geburtsdatum	beschäftigt seit	als (Berufsbezeichnung)	Steuerklasse	Kinder lt. Steuerkarte

1 Steuerpflichtige Bruttoeinnahmen einschl. vermögenswirksamer Leistungen in den nächsten zwölf Monaten

Monat	Jahr		Monat	Jahr	
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€
		€			€

Summe: €

2 Sonderzuwendungen folgender Art (gezahlte / zu erwartende) sind im Brutto (Nr. 1) enthalten (jeweils Gesamtbetrag)

Weihnachtsgeld	☐ ja	☐ nein	€
Zusätzliches Urlaubsgeld	☐ ja	☐ nein	€
Zusätzliche Monatsgehälter	☐ ja	☐ nein	€
Sonstige steuerpflichtige Leistungen (z.B. Sachbezüge)	☐ ja	☐ nein	€

3 Steuerfreie Bezüge folgender Art im o.g. Zeitraum (nicht enthalten)

Zuschläge für Sonntags-, Feiertags-, oder Nachtarbeit nach § 3 b EStG	€
Steuerfreier Arbeitslohn nach § 3 Nr. 39 EStG	€
Vom Arbeitgeber pauschal besterter Arbeitslohn nach § 40 a EStG	€
Sonstige steuerfreie Bezüge bitte namentlich auführen (z.B. Winterausfallgeld, Kurzarbeitergeld)	€

Ausfallzeiten aus folgendem Grund:

vom - bis

4 Änderung der Einnahmen: Werden sich die Einnahmen der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers in den nächsten zwölf Monaten verringern oder erhöhen?

Falls ja, ab wann und in welcher Höhe monatlich? €

Grund der Veränderung der Einnahme?

5 Bei Auszubildenden

Beginn der Ausbildung		Ende der Ausbildung	
Die Vergütung beträgt im	1. Ausbildungsjahr €	3. Ausbildungsjahr €	
	2. Ausbildungsjahr €	4. Ausbildungsjahr €	

6 Die Arbeitnehmerin / Der Arbeitnehmer entrichtet:

Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	☐ ja	☐ nein
Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	☐ ja	☐ nein
Steuern vom Einkommen (Einkommen-, Lohn-, Kirchensteuer)	☐ ja	☐ nein

7 Krankenkasse (Name und Anschrift der Krankenkasse)

Ort, Datum

Telefon

Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers