



VERDIENSTBESCHEINIGUNG

bitte vom jeweiligen Arbeitgeber ausfüllen lassen

Zur Ermittlung des Jahreseinkommens
 nach § 6 ff. Hess. Wohnraumförderungsgesetz (HWoFG)
 nach § 23 Abs. 2 Wohngeldgesetz (WoGG)

Die Angaben werden erbeten für die Zeit

Von _____ bis _____

1. Arbeitnehmer/ Arbeitnehmerin

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| Name, Vorname | Anschrift | Geburtsdatum |
| Ist/ war bei mir/ uns | | |
| <input type="checkbox"/> beschäftigt als _____ in der Zeit von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nicht beschäftigt/ ohne Bezüge beurlaubt in der Zeit von _____ bis _____ Es handelt sich um <input type="checkbox"/> nichtselbständige Arbeit <input type="checkbox"/> ein Ausbildungsverhältnis <input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) | | |
| Bei geringfügiger Beschäftigung : | | |
| Die Arbeitnehmerin/ der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r auf Lohnsteuerkarte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Die Pauschalsteuer <input type="checkbox"/> entrichtet die Arbeitgeberin/ der Arbeitgeber <input type="checkbox"/> wurde auf die Arbeitnehmerin/ den Arbeitnehmer abgewälzt | | |
| Bei einem Ausbildungsverhältnis | | |
| Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am _____ und endet _____ | | |

2. Bruttoeinnahmen für den oben genannten Zeitraum (einschließlich sämtlicher steuerpflichtigen und -freien Einnahmen)

| Monat | Jahr | Betrag | Monat | Jahr | Betrag |
|----------------------|------|--------|-------|------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Gesamtbetrag: | | | | | |

3. Im Brutto enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen

| | <input type="checkbox"/> für den oben genannten Zeitraum | | | <input type="checkbox"/> In den nächsten 12 Monaten zu erwarten | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|--------|-----------------------------------------------------------------|------|--------|
| | Monat | Jahr | Betrag | Monat | Jahr | Betrag |
| <input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Urlaubsgeld | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Jahresprämien | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Zusätzliche Monatsgehälter | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige zusätzliche Leistungen/ Sachbezüge | | | | | | |

Bitte wenden!!

4. Wird sich das Einkommen der/des Arbeitnehmer/in in Zukunft verringern oder erhöhen?

| | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, Euro) |
| | Grund der Veränderung |

5. Im Brutto enthaltene steuerfreie Einnahmen

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> Winterausfallgeld | Betrag | <input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld | Betrag |
| <input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nachtarbeit | Betrag | <input type="checkbox"/> Übergangsgelder/ Übergangsbeihilfen | Betrag |
| <input type="checkbox"/> Durchlaufende Gelder / Auslagenersatz | Betrag | <input type="checkbox"/> Zuschuss zum Mutterschutzgeld / Nettolohnausgleich | Betrag |
| <input type="checkbox"/> andere steuerfr. Einnahmen (z.B. Geburtsbeihilfen, Heiratsbeihilfen, Kindergeld, Mankogeld, Spesen usw.) | | | Betrag |
| Bezeichnung <input style="width: 500px;" type="text"/> | | | |

6. Von Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin entrichtete Sozialversicherung und Steuern

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Steuern vom Einkommen (Lohn-, Einkommens-, Kirchensteuer), Steuerklasse <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

(nur „ja“ ankreuzen, wenn die Abgaben tatsächlich von dem unter 2. bescheinigten Einkommen abgezogen wurden)

7. Krankheitszeiten

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Der Arbeitnehmer war in dem bestätigten Zeitraum ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Hinweis für den Arbeit- oder Auftraggeber: Bitte füllen Sie diese Verdienstbescheinigung vollständig aus. Diese Bescheinigung ist eine Urkunde, zu deren Ausstellung Sie verpflichtet sind, wenn ein Bezieher von Wohngeld oder ein Haushaltsmitglied bei Ihnen als Arbeitnehmer beschäftigt, als mithelfender Familienangehöriger oder Auftragnehmer tätig ist (§ 23 Abs. 2 Wohngeldgesetz). Unrichtige Angaben können bußgeld- oder strafrechtliche Folgen haben (§ 37 Wohngeldgesetz) und ggf. Schadenersatzansprüche nach sich ziehen. Bitte bestätigen Sie etwaige Änderungen oder Ergänzungen mit Ihrer Unterschrift. | | |
| Ort, Datum | Telefon | Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers |

Wichtig!

Wenn **Kranken- oder Mutterschaftsgeld** bezogen wird/ oder wurde, bitte lassen Sie diesen Vordruck von der Krankenkasse vervollständigen!
 Erhalten / erhielten Sie Lohn- und Einkommensersatzleistungen, wie z.B. **Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld, Berufsausbildungsbeihilfe** nach §§ 72 bis 75 Drittes Buch Sozialgesetzbuch?
In diesen Fällen legen Sie uns bitte die Leistungsbescheide der Bewilligungsstelle (z.B. Arbeitsagentur) vor.

Bestätigung der Krankenkasse

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|--------------|-----------------|
| Versicherte Person (Name, Vorname) | | Anschrift | | |
| Geburtsdatum | | Bestätigungszeitraum | | |
| Die/Der Versicherte | | | | |
| <input type="checkbox"/> war oder ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld: <input type="checkbox"/> unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld | | | | |
| vom - bis | Tage | Tagessatz | Gesamtbetrag | bei wöchentlich |
| | | € | € | Tagen |
| | | € | € | Tagen |
| | | € | € | Tagen |
| Vom Krankengeld wurden | | | | |
| <input type="checkbox"/> keine Beträge einbehalten <input type="checkbox"/> folgende Beträge einbehalten | | | | |
| Zeitraum | Betrag | Grund | | |
| | € | | | |
| | € | | | |
| Aktenzeichen | Telefon | Stempel und Unterschrift der Krankenkasse | | |
| Ort, Datum | | | | |