

**Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers  
für den sozialen Wohnungsbau**

Anlage A

**Schreiben Sie bitte in Druckschrift  
und kreuzen Sie zutreffendes so  an**

Arbeitnehmer  
Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf:

1. **Steuerpflichtige Einkünfte**, z.B. Lohn, Gehalt, Dienstbezüge, Ausbildungsvergütung, Minijob, **ohne** Sonderzuwendungen und steuerfreien Bezügen im letzten Kalenderjahr vor Antragstellung und im laufenden Kalenderjahr bis zum Monat der Antragstellung:

|         |   |         |   |         |   |         |   |
|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|
| 01/202_ | € | 07/202_ | € | 01/202_ | € | 07/202_ | € |
| 02/202_ | € | 08/202_ | € | 02/202_ | € | 08/202_ | € |
| 03/202_ | € | 09/202_ | € | 03/202_ | € | 09/202_ | € |
| 04/202_ | € | 10/202_ | € | 04/202_ | € | 10/202_ | € |
| 05/202_ | € | 11/202_ | € | 05/202_ | € | 11/202_ | € |
| 06/202_ | € | 12/202_ | € | 06/202_ | € | 12/202_ | € |
| Summe:  |   | €       |   | Summe:  |   | €       |   |

2. Zusätzliche Sonderzuwendungen im Vorjahr im laufenden Jahr

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Weihnachtsgeld                               | € |  | € |
| Urlaubsgeld                                  | € |  | € |
| zusätzliche Monatsgehälter                   | € |  | € |
| sonstige zusätzliche Leistungen / Sachbezüge | € |  | € |

Ausfallzeiten in den unter Punkt 1 aufgeführten Zeiträumen (z.B. durch unbezahlte Urlaubstage, Krankentage ohne Lohnfortzahlung usw.)

sind nicht vorhanden

am: \_\_\_\_\_

3. **Einkommensveränderungen** gegenüber den unter Punkt 1 aufgeführten Einkünften, die im laufenden Monat der Antragstellung bereits eingetreten oder mit Sicherheit innerhalb von zwölf Monaten zu erwarten sind:

Grund:  Einkommenserhöhung  Einkommensverringerung

Neuer Betrag: \_\_\_\_\_ € ab dem \_\_\_\_\_  monatlich  einmal jährlich

4. **Krankenversicherung, Rentenversicherung und Steuern**

Der Arbeitnehmer / Die Arbeitnehmerin entrichtet:

|  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Steuern vom Einkommen                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift / Stempel des Arbeitgebers)

**Angaben des Arbeitnehmers / der Arbeitnehmerin**

**5. Werbungskosten**

- gesetzliche Pauschale
  - erhöhte (Nachweis!)
  - Kinderbetreuungskosten für ein zum Haushalt gehörendes Kind unter 14 Jahren im Sinne des § 32 Abs. 1 EStG
- \_\_\_\_\_ €

**6. Freiwillige Krankenversicherung, Rentenversicherung bzw. Lebensversicherung**  
(Nachweise beifügen! )

- nur wenn keine gesetzlichen Beiträge (s. auch Vorderseite) entrichtet werden -

Ich entrichte

- weder freiwillige Krankenversicherung, noch freiwillige Rentenversicherung
- freiwillige Krankenversicherungsbeiträge

\_\_\_\_\_ (Name und Anschrift der Krankenkasse) \_\_\_\_\_ (€ monatlich)

- freiwillige Rentenversicherungs- oder Lebensversicherungsbeiträge

\_\_\_\_\_ (Name und Anschrift der Renten-, Lebensversicherungs-  
Pensions- oder Versorgungskasse) \_\_\_\_\_ (€ monatlich)

Ich versichere, dass die vorstehenden Erklärungen richtig und vollständig sind.  
Mir ist bekannt, dass falsche Angaben als Falschbeurkundung oder Betrug verfolgt  
oder bestraft werden können.

\_\_\_\_\_ (Ort und Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

**Bestätigung der Krankenkasse**

- nur auszufüllen bei Bezug von Krankengeld während den unter Punkt 1 aufgeführten  
Zeiträumen -

Versicherte / Versicherter

|                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| Name / Vorname: | Geburtsdatum:           |
| Anschrift:      | Beschäftigungszeitraum: |

Der / Die Versicherte

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

| von - bis | Tage | Tagessatz € | Gesamtbetrag € | bei wöchentlich |
|-----------|------|-------------|----------------|-----------------|
|           |      |             |                | Tagen           |
|           |      |             |                | Tagen           |

Von dem Krankengeld wurden

- keine Beiträge einbehalten
- folgende Beiträge einbehalten:

| Zeitraum | € | Grund |
|----------|---|-------|
|          |   |       |
|          |   |       |

\_\_\_\_\_ (Ort und Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift / Stempel der Krankenkasse)