

Verdienstbescheinigung (für Arbeitnehmer)
zum Wohngeldantrag nach dem Wohngeldgesetz (WoGG)

Stadt Brandenburg an der Havel



[Die Auskunftspflicht des Arbeitgebers ergibt sich aus § 23 Abs. 2 WoGG]

Wohngeldnummer: 0 1 7 0 0 0 0 0 0

Arbeitnehmer/in	Name:	Vorname:
Anschrift:		
Geb.-Datum:	Beschäftigt: von:	bis:
	als (Beruf):	Steuerklasse:

1. **Steuerpflichtige Bruttoeinnahmen** in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung auf Wohngeld (außer Sonderzuwendungen, Sachbezüge, steuerfreie Bezüge – einzutragen in Nr. 2 – 4)

Monat	Jahr	Betrag		Monat	Jahr	Betrag	
			EUR				EUR
			EUR				EUR
			EUR				EUR
			EUR				EUR
			EUR				EUR
			EUR				EUR
						Summe:	EUR
Davon vermögenswirksame Leistungen nach VermBG, die vom Arbeitgeber zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn erbracht wurden:							EUR
Die Leistungen wurden erbracht: (ankreuzen)							
Seit dem: Als: Prämien sparen () Bausparen () Lebensversicherung ()							
Sonstiges:							

2. **Sonderzuwendungen** (gezahlte oder zu erwartende)

Art:	gezahlt in Monat / Jahr	Betrag	
Weihnachtsgeld			EUR
Zusätzliches Urlaubsgeld (nicht bez. U-Tage)			EUR
Zusätzliche Monatsgehälter			EUR
Sonstige Leistungen:			EUR
Sonstige Leistungen:			EUR

3. **Steuerfreie Bezüge** - bitte Art angeben (z.B. Schlechtwettergeld, Kurzarbeitergeld, Zuschläge für Sonn-, Feiertags-, Nacharbeit etc.)

Art:	gezahlt in Monat / Jahr	Betrag	
			EUR
			EUR

4. **Sachbezüge** - Bezeichnung / Art:

gezahlt in Monat / Jahr	Betrag	
		EUR
		EUR

5. **Ausfallzeiten:** (aus folgendem Grund)

von - bis	Betrag	
		EUR
		EUR

6. **Änderung der Einnahmen:**
Werden sich die Einnahmen des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten ändern (verringern oder um mehr als 10 % erhöhen)? Ja ()
Nein ()

* wenn ja:	ab wann	Betrag monatl.	Grund für die Änderung:
1.		EUR	
2.		EUR	

7. **Zahlung von Pflichtabgaben vom Einkommen**, die der Arbeitnehmer entrichtet:

Steuern von Einkommen	ja	nein
Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	ja	nein
Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung	ja	nein
Wird das Einkommen pauschal besteuert?	ja	nein

8. **Krankenversicherung** (Name u. Adresse der Krankenversicherung)

Ich versichere, dass die in dieser Verdienstbescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.		
Ort, Datum:	Telefon:	Stempel u. Unterschrift des Arbeitgebers