

Verdienstbescheinigung

Stadt Oldenburg (Oldb)
Sozialamt - Wohngeldstelle
Pferdemarkt 14

26121 Oldenburg

Schreiben Sie bitte in Druckschrift und kreuzen Sie Zutreffendes so an ☒.

Wohngeldnummer
(Falls Ihnen die Wohngeldnummer bekannt ist, bitte einsetzen)

Eingang

Die Verpflichtung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers zur Auskunft ergibt sich aus § 23 Absatz 2 des Wohngeldgesetzes.

1	Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer (Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname/n, Geburtsdatum)					
	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr., Etage, ggf. Wohnungs-Nr., ggf. Telefon-Nr.)					
	ist/war bei mir/uns					
	<input type="checkbox"/> beschäftigt als	Tätigkeit	in der Zeit	von (Eintrittsdatum)	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)			
2	Bei Ausbildungsverhältnis:					
	Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am _____ und endet am _____					
3	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					
4	In den letzten 12 Monaten vor Stellung des Antrages auf Wohngeld erhaltenes					
	<input type="checkbox"/> steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit					
	<input type="checkbox"/> Bruttoeinkommen aus einem Ausbildungsverhältnis					
	<input type="checkbox"/> Einkommen aus einem Mini-Job (ggf. einschließlich abgewälzter Pauschalsteuer)					
	Ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und ohne steuerfreie Bezüge (siehe Feld 5 und 6)					
	Monat	Jahr	Betrag	Monat	Jahr	Betrag
						Euro
						Euro
						Euro
						Euro
						Euro
						Euro
	Insgesamt:					Euro

5	Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene <u>steuerpflichtige</u> Sonderzuwendungen.						
		in den letzten 12 Monaten gezahlte			In den nächsten 12 Monaten zu erwartende		
		Monat	Jahr	Betrag in €	Monat	Jahr	Betrag in €
<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld							
<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld							
<input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter							
<input type="checkbox"/> Jahresprämien							
<input type="checkbox"/> sonstige zusätzliche Leistungen/ Sachbezüge							

6	Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene <u>steuerfreie</u> Bezüge	
		Betrag
<input type="checkbox"/> Winterausfallgeld		
<input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld		
<input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nacharbeit		
<input type="checkbox"/> Übergangsgelder/Übergangsbeihilfen		
<input type="checkbox"/> durchlaufende Gelder/Auslagenersatz		
<input type="checkbox"/> Zuschuss zum Mutterschaftsgeld (Nettolohnausgleich)		
<input type="checkbox"/> Beiträge an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder für eine Direktversicherung zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung		
<input type="checkbox"/> andere steuerfreie Einnahmen		

7	Vom vorstehenden Bruttoeinkommen sind zu Lasten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers entrichtet worden:			
a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
c) Steuern vom Einkommen		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Steuerklasse</td> </tr> </table>	Steuerklasse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Steuerklasse				

8	Änderung des Bruttoeinkommens			
Das Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten				
verringern		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, ab	Euro
			Datum	um jährlich
erhöhen		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, ab	Euro
			Datum	um jährlich

9	Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung			
Die Arbeitnehmerin/Der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank <u>ohne</u> Lohnfortzahlung				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		wenn ja, vom	Datum	bis
			Datum	Datum
		vom	Datum	bis
			Datum	Datum
Die Arbeitnehmerin/ der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:				
Name, Anschrift der Krankenkasse				

10	Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind.
-----------	--

11	Bestätigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers	
Ort, Datum		Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers
Telefon		