



Verdienstbescheinigung

Landkreis Märkisch-Oderland
Wohngeldbehörde
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Eingangsstempel

Wohngeldnummer

1) Der/Die Arbeitnehmer/in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

ist/war bei mir/uns

beschäftigt als _____
in der Zeit vom _____ bis _____

2) Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am

_____ und endet am _____
(Datum) (Datum)

Die Vergütung beträgt im

1. Ausbildungsjahr _____ Euro 2. Ausbildungsjahr _____ Euro

3. Ausbildungsjahr _____ Euro 4. Ausbildungsjahr _____ Euro

Zu erwartendes Weihnachtsgeld _____ Euro **Zu erwartendes Urlaubsgeld** _____ Euro

3) Der/Die Arbeitnehmer/in war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank

in der Zeit vom – bis	Tage

Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss) im Bruttoeinkommen enthalten?

Wenn ja, in welcher Höhe? _____ Euro

4) Er/Sie hat derzeit ein monatliches Bruttoeinkommen (Lohn, Gehalt, Werksrente, ggf. auch Ausbildungsvergütung einschließlich Überstundenzuschläge, Lohnausgleich, Trennungentschädigungen, Fahrtkostenzuschüsse, sonstiger Zulagen und ähnlicher Bezüge oder Sachbezüge wie z. B. Essen, Wohnung, Dienstkleidung, etc.) von

_____ Euro



Er/Sie hatte in der Zeit vom _____ bis _____

(d.h. in den letzten 12 Monaten einschließlich des laufenden Monats) folgendes **Bruttoeinkommen**:

Monat/Jahr	Gesamt- betrag	In dem Gesamtbetrag (Spalte 2) sind enthalten				
		Weihnachts- geld, Jahresprämien	Zusätzliches Urlaubsgeld, zusätzliche Monatsgehälter	Sonstige Zulagen <input type="checkbox"/> Sachbezüge <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Steuerfreie Zuschüsse und Entschädigungen <input type="checkbox"/> Steuerfreie Fahrtkosten Zuschüsse <input type="checkbox"/> Steuerfreie Verpflegungs- zuschüsse <input type="checkbox"/> Auslösungen/ Trennungsent- schädigungen	Sonstige steuerfreie Zulagen/Bezüge <input type="checkbox"/> Saisonkurz- arbeitergeld <input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn-, Feiertags- u. Nachtarbeit <input type="checkbox"/> Entgeltum- wandlung zur Alters- vorsorge
	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
1	2	3	4	5	6	7
Insgesamt						

5) Falls in dem angegebenen Zeitraum Leistungen nach den Spalten 3 bis 5 nicht gezahlt wurden, geben Sie bitte nachstehend die voraussichtlichen Jahresbeträge in den nächsten 12 Monaten an.

Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien _____ Euro
 Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter _____ Euro
 Sonstige Zulagen, Sachbezüge _____ Euro

6) Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen? ja nein

Wenn ja, ab wann _____ und in welcher Höhe monatlich _____ Euro
 (Datum)

Grund der Veränderung _____

7) Steuer- und Versicherungsleistungen

Bei dem in Punkt 5 aufgeführten Einkommen

- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn nein ja
- **wurde/wurden einbehalten und abgeführt**
 - a) die Lohnsteuer nein ja
 - b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen nein ja
 - c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen nein ja

**Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind.
Ich bin mir bewusst, dass falsch angemachte Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.**

Bestätigung der Arbeitgeberin/ des Arbeitgebers

Ort, Datum

Tel./ Fax/ E-Mail

Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers