



# 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 den 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
<b>Insgesamt</b>						

**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