

Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers



Wissenschaftsstadt
Darmstadt



Amt für Wohnungswesen
Wohnungsvermittlungsstelle

Postfach 11 10 61
64225 Darmstadt

Der Magistrat

1. Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer

Name, Vorname		Anschrift	
Geburtsdatum	Datum des Eintritts	Datum des Austritts	Berufsbezeichnung
Steuerklasse	Kinder laut Steuerklasse	Bestätigungszeitraum (bis 12 Monate vor Ausstellung)	

Bei Auszubildenden:

Ausbildungsbeginn	Ausbildungsende
-------------------	-----------------

2. Bruttoeinnahmen

(Anzugeben ist das Bruttoeinkommen einschließlich des Arbeitgeberanteils zu vermögenswirksamen Leistungen, Überstundengeld, Gratifikationen, Prämien, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Auslösungen und ähnliche Bezüge)

Monat, Jahr	Betrag	Monat, Jahr	Betrag
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€	Insgesamt:	€

In diesen Bruttoeinnahmen sind enthalten (jeweils Gesamtbetrag angeben):

Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Steuerpflichtige oder -freie Zuschläge für Sonntag-, Feiertag-, Nachtarbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
sonstige steuerfreie Zahlungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€

3. Sozialversicherung und Steuern

Von dem Bruttoeinkommen sind zu Lasten der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers entrichtet worden:

Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranke- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lohn-, Einkommen- und Kirchensteuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Lohnersatzleistungen

Der Arbeitnehmer bezog in dem o. a. Zeitraum Lohnersatzleistungen
(z. B. arbeitsunfähig erkrankt ohne Lohnfortzahlung):

ja nein

Nachweis über Krankengeld erforderlich

Ort, Datum	Telefon
------------	---------

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____

Sofern freiwillige Beiträge für Renten- oder Krankenversicherung gezahlt werden, ist deren Höhe vom Versicherungsnehmer nachzuweisen.