

# Verdienstbescheinigung der Arbeitgeberin/ 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
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
<b>Insgesamt:</b>			€

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 Zuschläge für Sonntag-, Feiertag-, Nachtarbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	€
Steuerfreie 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 der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers  _____
---

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