

VERDIENSTBESCHEINIGUNG

bitte vom jeweiligen Arbeitgeber ausfüllen lassen

Zur Ermittlung des Jahreseinkommens nach § 6 ff. Hess. Wohnraumförderungsgesetz (HWOFG) nach § 23 Abs. 2 Wohngeldgesetz (WoGG)

Die Angaben werden erbeten für die Zeit:

Von 01.01.2023 bis 31.12.2023

1. Arbeitnehmer/ Arbeitnehmerin

Name, Vorname	Anschrift	Geburtsdatum
Ist/ war bei mir/ uns		
<input type="checkbox"/> beschäftigt als _____		
Beginn des Arbeitsverhältnisses _____		ggf. Beendigung des Arbeitsverhältnisses _____
<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"/> geringfügige Beschäftigung (Mini-Job) <input type="checkbox"/> ein Ausbildungsverhältnis		
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
Bei einem Ausbildungsverhältnis		
Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am _____ und endet _____		

2. Von Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin entrichtete Sozialversicherung und Steuern vom unter Punkt 5 bescheinigten Einkommen

Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Steuern vom Einkommen (Lohn-, Einkommens-, Kirchensteuer), Steuerklasse _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
(nur „ja“ ankreuzen, wenn die Abgaben tatsächlich von dem unter 5. bescheinigten Einkommen abgezogen wurden)	

3. Krankheitszeiten

Der Arbeitnehmer war in dem bestätigten Zeitraum ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, in folgendem Zeitraum: _____	

4. Wird sich das Einkommen der/des Arbeitnehmer/in in Zukunft verringern oder erhöhen?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, Euro)
	Grund der Veränderung

5. Bruttoeinnahmen für den oben genannten Zeitraum

Monat	Jahr	Gesamtbrutto			Im Gesamtbrutto enthaltene steuerfreie Beträge		
			darin enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen (z.B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Jahresprämien, Sachbezüge und sonstige)	vom Gesamtbetrag bereits abzogener Gehaltsverzicht (steuerpflichtige Beträge) bitte unten Näheres angeben	Kurzarbeitergeld	steuerfreie Beträge nach § 3b EStG für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit	steuerfreie Zuwendungen des Arbeitgebers an eine Pensionskasse nach § 3 Nr. 56 EStG oder steuerfreie Beiträge des Arbeitgebers an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder für eine Direktversicherung zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung nach § 3 Nr. 63 EStG
Summe							

<p>Grund für Gehaltsverzicht (steuerpflichtiger Betrag), z.B. Gehaltsumwandlung zur Altersvorsorge, PKW-Nutzung usw.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> im Gesamtbrutto enthaltene andere steuerfreie Einnahmen (z.B. Geburts- oder Heiratsbeihilfen, Mankogeld, Spesen usw.)</p> <p>Monat, Jahr _____</p> <p>Bezeichnung _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Betrag _____ €</p>
--	---

Hinweis für den Arbeit- oder Auftraggeber: Bitte füllen Sie diese Verdienstbescheinigung sorgfältig und vollständig aus. Diese Bescheinigung ist eine Urkunde, zu deren Ausstellung Sie verpflichtet sind, wenn ein Bezieher von Wohngeld, ein Wohnungsinhaber im Sinne des Fehlbelegungsabgabe-Gesetzes oder ein Haushaltsmitglied bei Ihnen als Arbeitnehmer beschäftigt, als mithelfender Familienangehöriger oder Auftragnehmer tätig ist (§ 23 Abs. 2 Wohngeldgesetz, § 5 Abs. 3 Fehlbelegungsabgabe-Gesetz). **Unrichtige Angaben können bußgeld- oder strafrechtliche Folgen haben (§ 37 Wohngeldgesetz, § 15 Fehlbelegungsabgabe-Gesetz) und ggf. Schadenersatzansprüche nach sich ziehen. Bitte bestätigen Sie etwaige Änderungen oder Ergänzungen mit Ihrer Unterschrift.**

Ort, Datum	Telefon	Stempel des Arbeitgebers	Unterschrift des Arbeitgebers
------------	---------	--------------------------	-------------------------------