

VERDIENSTBESCHEINIGUNG

«FB.WO.MLPM.DebitorNr»

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 Januar 2021 bzw. ab Arbeitsaufnahme bis einschließlich Dezember 2021

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

Bitte wenden!!

