

Einkommenserklärung für den sozialen Wohnungsbau

Schreiben Sie bitte in Druckschrift und kreuzen Sie zutreffendes so an

Name: _____ Vorname: _____
 Anschrift: _____ Geburtsdatum: _____

 beschäftigt vom – bis: _____ als (Beruf/Tätigkeit): _____

1. Steuerpflichtige Bruttoeinnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit (z.B. Lohn, Gehalt, Werksrente) in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung ohne Sonderzuwendungen und steuerfreie Bezüge (vgl. Ziffern 2 und 3):

Monat	Jahr	Euro	Monat	Jahr	Euro
Summe:					

2. Sonderzuwendungen (in den letzten zwölf Monaten gezahlte oder zu erwartende):

Weihnachtsgeld	Euro
Urlaubsgeld	Euro
zusätzliche Monatsgehälter	Euro
Sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge	Euro

3. Steuerfreie Bezüge in den letzten zwölf Monaten

Steuerfreie Bezüge in den letzten zwölf Monaten (z. B. Winterausfallgeld, Kurzarbeitergeld, Zuschläge für Sonn-, Feiertags-, und Nacharbeit usw.)	Euro
---	------

4. Ausfallzeiten

Ausfallzeiten aus folgendem Grund:	Euro
------------------------------------	------

5. Änderung der Einnahmen

Werden sich die Einnahmen der Arbeitnehmerin/ des Arbeitnehmers in den nächsten zwölf Monaten	verringern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	erhöhen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

5.1. Falls ja, ab wann und in welcher Höhe monatlich?

(Datum/Euro)

5.2. Grund für die Veränderung der Einnahmen:

6. Krankenversicherung, Rentenversicherung und Steuern. Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer entrichtet:

- 6.1. Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenkasse Ja Nein
 6.2. Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung Ja Nein
 6.3. Steuern und Einkommen (Einkommens-, Lohn-, Kapitalertrag- oder Kirchensteuer) Ja Nein

7. bei Auszubildenden:

7.1. Das Ausbildungsverhältnis der/des Auszubildenden hat begonnen am _____ und endet am _____

7.2. Die Vergütung beträgt im
 1. Ausbildungsjahr _____ im 3. Ausbildungsjahr _____
 2. Ausbildungsjahr _____ im 4. Ausbildungsjahr _____

Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Aussagen strafrechtlich verfolgt werden können.

(Ort, Datum)	(Telefon)	(Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)
--------------	-----------	---

Bestätigung der Krankenkasse

(Nur bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld erforderlich)

Name, Vorname Versicherte/r: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Bestätigungszeitraum: _____

Die/Der Versicherte

war bzw. ist arbeitsunfähig krank und erhielt bzw. erhält folgendes Krankengeld:

unterlag bzw. unterliegt der Schutzfrist und erhielt bzw. erhält folgendes Mutterschaftsgeld:

vom – bis	Tage	Tagessatz Euro	Gesamtbetrag Euro	bei wöchentlich
				Tagen
				Tagen
				Tagen

Von dem Krankengeld wurden

keine Beiträge einbehalten

folgende Beträge einbehalten:

Zeitraum	Euro	Grund

Aktenzeichen: _____

Telefonnummer: _____

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift)