Aktenzeichen: 23-_____

Bescheinigung über Arbeitsverdienst

Beschäftigte(r): ☐ Frau ☐ Herr	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse	PLZ, Ort
beschäftigt seit dem / bis	als
in ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit bei ..... Stunden ☐ wöchentlich ☐ monatlich	
Eine neue Arbeitsstelle ist hier ☐ nicht bekannt - ☐ bekannt ..... (neuer Arbeitgeber)	

1. Die/Der Arbeitnehmer(in) hat vom ..... bis ..... folgende Bezüge erhalten (einschließlich umgelegtes 13. Monatsgehalt , Mehrarbeitszuschläge, Krankengeldzuschuss, Prämien, Weihnachtsgratifikationen, Urlaubsgeld, o. ä. Provisionen, Spesen, Zuwendungen oder Zulagen jeder Art):

Zeitraum (Monat – Lohnwoche)		Std. Lohn	Wert Sonstiger Einkünfte (s. unten Nr. 2 u. 6 b)	Brutto-einkommen	VWL AG-Anteil	Abzüge					Netto-einkommen
						Lohnsteuer	Kirchen-steuer	Sozial-versiche-rung *)	Solidari-tätszu-schlag	VWL AN-Anteil	
vom	bis	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

2. Außer den vorstehenden Einkünften werden ☐ keine - ☐ noch folgende - Zuwendungen gewährt:
(z. B. Sachbezüge, freie Kost und Wohnung, Fahrtkostenzuschüsse usw.; Art der Zuwendungen, Zeit Ihrer Gewährung - monatlich/jährlich - und ortsüblichen Wert bitte angeben!)

3. Die/Der Beschäftigte hatte in den vorstehenden Zeiträumen ☐ keinen - ☐ folgenden Verdienstausfall:
(von – bis, wegen z. B. Kurzarbeit, Schlechtwettergeld, Fernbleiben von der Arbeitsstätte, Krankheit usw.)

4. Die/Der Beschäftigte erhielt ☐ keinen Lohnausgleich - ☐ Lohnausgleich
(für die Zeit von – bis; in Höhe von ... €)

5. Die/Der Beschäftigte ist versichert bei der
(Name und Anschrift Krankenkasse)

6. a) Die/Der Beschäftigte erhält lt. Lohnsteuerkarte Lohnsteuerermäßigung für
Anzahl Kinder Steuerklasse

6. b) Im Arbeitseinkommen ist Kinderzuschlag für das Kind / die Kinder im Gesamtbetrag von ... € enthalten
Name(n) Kind(er) Gesamtbetrag
☐ wöchentlich ☐ monatlich

7. Liegen bereits Lohnpfändungen oder Abtretungen vor?
(Ggf. Angabe des Gläubigers, Höhe und Art der Forderung, Zeitpunkt, Vollstr.-Gericht und AZ)

8. Ist der Ehegatte der/des Beschäftigten berufstätig? ☐ nein ☐ unbekannt ☐ ja
(Name und Anschrift des Arbeitgebers und Berufsbezeichnung)

9. Es ist hier ☐ nicht bekannt, ☐ bekannt, dass eine zweite Lohnsteuerkarte vorlag, oder dass o. g. zur Einkommensteuer veranlagt wurde.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird versichert.

_____ _____
(Ort und Datum) (Firmenstempel und Unterschrift)

*) Nur Arbeitnehmeranteil zur Renten-, Arbeitslosen-, Pflege- und Krankenversicherung angeben. Abzüge für Beiträge zu Einrichtungen der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung sind nicht einzusetzen.