

# Bescheinigung über Arbeitsverdienst

<b>Beschäftigte(r):</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse	PLZ, Ort
beschäftigt seit dem / bis	als
in <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit bei _____ Stunden <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich	
Eine neue Arbeitsstelle ist hier <input type="checkbox"/> nicht bekannt - <input type="checkbox"/> bekannt: <span style="float: right;">(neuer Arbeitgeber)</span>	

**1. Die/Der Arbeitnehmer(in) hat vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ folgende Bezüge erhalten** (einschließlich umgelegtes 13. Monatsgehalt, Mehrarbeitszuschläge, Krankengeldzuschuss, Prämien, Weihnachtsg Gratifikationen, 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 Verdienstausschlag:**  
 (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.**

**10. Derzeitige(r) Arbeitsstelle/Dienstort (o. ä), (bitte komplette Anschrift):**

**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.