

Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers

Zum Antrag auf Ausstellung eines WBS

Anlage A

Schreiben Sie bitte in **Druckschrift** und **kreuzen** Sie **Zutreffendes an!**

Arbeitnehmer/in Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		Beruf

1. **Steuerpflichtiges Bruttoeinkommen** aus nichtselbständiger Arbeit (z. B. Lohn, Gehalt)
 Einkommen aus pauschal besteuertem Arbeitslohn (§ 40a Einkommensteuergesetz)

Einkünfte des vergangenen Kalenderjahres (ohne Sonderzuwendungen und steuerfreie Bezüge):

Jahr			Jahr		
Monat	Januar	€	Monat	Juli	€
Monat	Februar	€	Monat	August	€
Monat	März	€	Monat	September	€
Monat	April	€	Monat	Oktober	€
Monat	Mai	€	Monat	November	€
Monat	Juni	€	Monat	Dezember	€
Summe:					€

2. **Zusätzliche Sonderzuwendungen** folgender Art (gezahlte oder zu erwartende):

Weihnachtsgeld	€
Urlaubsgeld	€
Zusätzliche Monatsgehälter	€
Sonstige zusätzliche Leistungen/Sachbezüge	€

3. **Steuerfreie Bezüge** folgender Art (z. B. Schlechtwettergeld, Kurzarbeitergeld, Zuschläge für Sonn-, Feiertags- und Nachtarbeit usw.): €

4. **Einkommensveränderungen** gegenüber den aufgeführten Einkünften die im laufenden Monat der Antragstellung/des Stichtages bereits eingetreten oder mit Sicherheit innerhalb von zwölf Monaten zu erwarten sind (erforderlichenfalls bitte separates Beiblatt beifügen):

Einkommenserhöhung Einkommensverringerung

Grund: _____

Der neue Betrag lautet

monatlich jährlich: _____ € ab dem _____

5. **Kranken-/Pflegeversicherung, Rentenversicherung und Steuern**

Der Arbeitnehmer/Die Arbeitnehmerin entrichtet:

Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Steuern vom Einkommen (Einkommen-, Lohn-, Kapitalertragsteuer usw.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Angaben des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin

6. Werbungskosten

- gesetzl. Pauschale (Arbeitnehmer-Freibetrag) erhöhte Werbungskosten _____ €/mtl.
(Bitte Nachweise beifügen!)

7. Freiwillige Krankenversicherung, Rentenversicherung bzw. Lebensversicherung

- ▶ Nur ausfüllen, wenn **keine gesetzlichen** Beiträge (s. auch Vorderseite) entrichtet werden. Bitte Nachweise beifügen.

Ich entrichte

- weder freiwillige Krankenversicherungsbeiträge noch freiwillige Rentenversicherungsbeiträge.
 freiwillige Krankenversicherungsbeiträge:

Name und Anschrift der Krankenkasse

_____ monatlich _____ €

- freiwillige Rentenversicherungs- oder Lebensversicherungsbeiträge

Name und Anschrift der Renten-, Lebens-, Pensions- oder Versorgungskasse

_____ monatlich _____ €

Ich versichere, dass die vorstehenden Erklärungen richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben als Falschbeurkundung oder Betrug verfolgt oder bestraft werden können.

Ort und Datum

Unterschrift Arbeitnehmer/in