Der Gemeindevorstand der Gemeinde Egelsbach
Ordnungsamt (Bereich Wohnungswesen)
Freiherr-vom-Stein-Straße 13, 63329 Egelsbach
Tel. 06103/405-115 Fax: 06103/405-111
E-Mail: wohnungsamt@egelsbach.de

VERDIENSTBESCHEINIGUNG

Bitte vom jeweiligen Arbeitgeber ausfüllen lassen
Zur Ermittlung des Jahreseinkommens
Nach § 6 ff. Hess. Wohnraumfördergesetz (HWoFG) bzw.
nach § § 5 Abs. 3 Fehlbelegungsabgabe-Gesetz (FBAG)

Die Angaben werden erbeten für die Zeit

von _____ bis _____

1. Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer

Name, Vorname	Anschrift	Geburtsdatum

Ist/ war bei mir/ uns
☐ beschäftigt als _____ in der Zeit von _____ bis _____

☐ nicht beschäftigt/ ohne Bezüge beurlaubt in der Zeit von _____ bis _____

Es handelt sich um
☐ nichtselbstständige Arbeit ☐ ein Ausbildungsverhältnis ☐ geringfügige Beschäftigung (Mini-Job)

Bei geringfügiger Beschäftigung
Die Arbeitnehmerin/ der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/ r auf Lohnsteuerkarte ☐ nein ☐ ja
Die Pauschalsteuer ☐ entrichtet die Arbeitgeberin/ der Arbeitgeber
☐ wurde auf die Arbeitnehmerin/ den Arbeitnehmer abgewälzt

2. Bruttoeinnahmen für den oben genannten Zeitraum

(einschließlich sämtlicher steuerpflichtigen und –freien Einnahmen)

Monat	Jahr	Betrag	Monat	Jahr	Betrag
				Gesamtbetrag:	

3. In den Bruttoeinnahmen gem. Ziffer 2. Enthaltende steuerpflichtige Sonderzuwendungen

	☐ **für den oben genannten Zeitraum**			☐ **in den nächsten 12 Monaten zu erwarten**		
	Monat	Jahr	Betrag	Monat	Jahr	Betrag
☐ Weihnachtsgeld						
☐ Urlaubsgeld						
☐ Jahresprämien						
☐ Sonstige zusätzliche Leistungen/ Sachbezüge						

Bitte wenden!

4. Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/ des Arbeitnehmers in Zukunft verringern oder erhöhen?

☐ Ja ☐ Nein	Ab wann Datum)?	In welcher Höhe (Betrag)?
	Grund der Veränderung	

5. In den Bruttoeinnahmen gem. Ziffer 2. enthaltene steuerfreie Einnahmen:

Art der Einnahmen	Betrag	Art der Einnahme	Betrag
☐ Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nachtarbeit		☐ Kurzarbeitergeld	
☐ Winterausfallgelder		☐ Zuschuss zum Mutterschutzgeld/ Nettolohnausgleich	
☐ andere steuerfreie Einnahmen (z. B. Spesen Kindergeld usw.)		☐ Übergangsgelder	

6. Von der Arbeitnehmerin/ dem Arbeitnehmer entrichtete Sozialversicherung und Steuern

• Steuern vom Einkommen (Lohn- und Einkommenssteuer)	☐ Nein	☐ Ja
• Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	☐ Nein	☐ Ja
• Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	☐ Nein	☐ Ja

7. Bei Auszubildenden

Das Ausbildungsverhältnis hat am _____ begonnen und endet voraussichtlich am _____.

Die Ausbildungsvergütung beträgt brutto im

1. Ausbildungsjahr		2. Ausbildungsjahr	
3. Ausbildungsjahr		4. Ausbildungsjahr	

8. Zeiten ohne Lohnfortzahlung

Erkrankung:
Die Arbeitnehmerin/ der Arbeitnehmer war ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt:

☐ Nein ☐ Ja in der Zeit von _____ bis _____

Mutterschutz:
Die Arbeitnehmerin befand sich im Mutterschutz und hat Mutterschaftsgeld bezogen:

☐ Nein ☐ Ja in der Zeit von _____ bis _____

Elternzeit:
Die Arbeitnehmerin/ der Arbeitnehmer befand sich in der Zeit von _____ bis _____
In Elternzeit.

☐ Die Tätigkeit wird voraussichtlich ab _____ wieder aufgenommen.

☐ Die Tätigkeit wird vorerst nicht mehr aufgenommen.

Ort, Datum	Telefon	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers