



# VERDIENSTBESCHEINIGUNG

Landkreis Märkisch-Oderland  
Wohngeldbehörde  
Puschkinplatz 12  
15306 Seelow

Eingangsstempel

Wohngeldnummer

## 1) Der/Die Arbeitnehmer/in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

### ist/war bei mir/uns

beschäftigt als \_\_\_\_\_  
in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 2) Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am

\_\_\_\_\_ und endet am \_\_\_\_\_  
(Datum) (Datum)

### Die Vergütung beträgt im

1. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ Euro    2. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ Euro  
3. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ Euro    4. Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ Euro

**Zu erwartendes Weihnachtsgeld** \_\_\_\_\_ Euro    **Zu erwartendes Urlaubsgeld** \_\_\_\_\_ Euro

## 3) Der/Die Arbeitnehmer/in war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank

in der Zeit vom – bis	Tage

Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss) im Bruttoeinkommen enthalten?  
Wenn ja, in welcher Höhe? \_\_\_\_\_ Euro

**4)** Er/Sie hat derzeit ein **monatliches Bruttoeinkommen** (Lohn, Gehalt, Werksrente, ggf. auch Ausbildungsvergütung einschließlich Überstundenzuschläge, Lohnausgleich, Trennungentschädigungen, Fahrtkostenzuschüsse, sonstiger Zulagen und ähnlicher Bezüge oder Sachbezüge wie z. B. Essen, Wohnung, Dienstkleidung, etc.) von

\_\_\_\_\_ Euro



**7) Steuer- und Versicherungsleistungen**

Bei dem in Punkt 5 aufgeführten Einkommen

- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn  nein  ja
- **wurde/wurden einbehalten und abgeführt**
  - a) die Lohnsteuer  nein  ja
  - b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen  nein  ja
  - c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen  nein  ja

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

**Bestätigung der Arbeitgeberin/ des Arbeitgebers**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Tel./ Fax/ E-Mail

Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers