

SWSG-VERTRAGSNUMMER

Bitte reichen Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt zusammen mit Ihrem Antrag auf die Mietbelastungsprüfung und mit allen erforderlichen Unterlagen bis spätestens **31.05.2025** bei uns ein.
Unvollständige und/oder zu spät eingereichte Anträge können von uns nicht bearbeitet werden.

Verdienstbescheinigung

1 ARBEITNEHMER/IN

Familienname, Geburtsname (ggf. frühere Namen)	Vornamen	Geburtsdatum
--	----------	--------------

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Steuerklasse (bitte eintragen Stkl.: 1-6) lt. ELStAM geringfügige Beschäftigung (MiniJob)

Beschäftigt in Vollzeit Teilzeit zu Prozent

war in den letzten 12 Monaten bei uns beschäftigt als

Beruf/Tätigkeit

von – bis	von – bis
-----------	-----------

in der Zeit

von – bis	von – bis
-----------	-----------

nicht beschäftigt

von – bis	von – bis
-----------	-----------

ohne Bezüge beurlaubt

2 BRUTTOGESAMTEINKOMMEN IN DEN LETZTEN 12 MONATEN BZW. AB ARBEITSAUFNAHME

Das Bruttogesamteinkommen (einschließlich Weihnachtsgeld, Sonderzuwendungen, Urlaubsgeld, zusätzliche Monatsgehälter oder ähnliche Bezüge, vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers, Überstundenvergütungen, Gratifikationen, Prämien, Lohnfortzahlung, Krankengeldzuschuss, Lohnausgleich für Krankheitstage, Saison-Kurzarbeitergeld, Wintergeld, Sachbezüge usw.) **einschl. steuerfreier Einnahmen** (vgl. Nummer 3) **betragen in den Monaten:**

Monat – Jahr	€	Monat – Jahr	€	Monat – Jahr	€
Monat – Jahr	€	Monat – Jahr	€	Monat – Jahr	€
Monat – Jahr	€	Monat – Jahr	€	Monat – Jahr	€
Monat – Jahr	€	Monat – Jahr	€	Monat – Jahr	€

Bruttogesamteinkommen (zusammen) €

Im Bruttogesamteinkommen ist:

Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/>	enthalten	<input type="checkbox"/>	nicht enthalten, jedoch zu erwarten
Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/>	enthalten	<input type="checkbox"/>	nicht enthalten, jedoch zu erwarten
Art	<input type="checkbox"/>	enthalten	<input type="checkbox"/>	nicht enthalten, jedoch zu erwarten
Wurde der Arbeitslohn pauschal besteuert?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja

Monat – Jahr		€
Monat – Jahr		€
Monat – Jahr		€

Vor dem nebenstehenden Bruttoeinkommen sind – zu Lasten des/der Arbeitnehmers/in – entrichtet worden:

<input type="checkbox"/>	Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	Steuern vom Einkommen (soweit aus dem Bruttoverdienst Lohnsteuer entrichtet wurde oder der/die Arbeitnehmer/in pauschale Lohnsteuer trägt.)
<input type="checkbox"/>	Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung		

Bei Auszubildenden:

Beginn der Ausbildung (Datum)	Ende der Ausbildung (Datum)
-------------------------------	-----------------------------

**3 STEUERFREIE EINNAHMEN – für den/die Arbeitnehmer/in auch bei Pauschalbesteuerung durch den Arbeitgeber
Im Bruttoeinkommen sind folgende steuerfreie Einnahmen enthalten:**

(z. B. auch Auslösungen, Trennungentschädigungen, Saison-Kurzarbeitergeld, Geburts- und Heiratsbeihilfen)

<input type="checkbox"/>	Fahrtkosten-, Verpflegungszuschüsse	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/>	Zuschläge für Sonn-, Feiertags-, Nachtarbeit	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/>	Kindergeld	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/>	Entgeltumwandlung zur Altersvorsorge		
				<input type="checkbox"/>	steuerfrei	<input type="text"/>	€
				<input type="checkbox"/>	pauschalbesteuert	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/>	Pauschal besteuerte Sachzuwendungen	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/>	Arbeitgeberleistungen zur betr. Altersversorgung		
				<input type="checkbox"/>	steuerfrei	<input type="text"/>	€
				<input type="checkbox"/>	pauschalbesteuert	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/>	Jubiläumsgeschenke	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/>	Art	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/>	Durchlaufende Gelder, Auslagenersatz	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/>	Art	<input type="text"/>	€

4 ÄNDERUNGEN DES BRUTTOGESAMTEINKOMMENS

Das unter Nummer 2 genannte Bruttogesamteinkommen (einschließlich Weihnachtsgeld, Sonderzuwendungen, Urlaubsgeld, zusätzliche Monatsgehälter oder ähnliche Bezüge, vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers, Überstundenvergütungen, Gratifikationen, Prämien, Lohnfortzahlung, Krankengeldzuschuss, Lohnausgleich für Krankheitstage, Saison-Kurzarbeitergeld, Wintergeld, Sachbezüge usw.) einschl. steuerfreier Einnahmen (vgl. Nr. 3) wird sich in den nächsten 12 Monaten

verringern	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, ab	Datum	<input type="text"/>	auf jährlich	<input type="text"/>	€
erhöhen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, ab	Datum	<input type="text"/>	auf jährlich	<input type="text"/>	€

5 KRANKHEITSEITEN

Der/die Arbeitnehmer/in war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank:

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	die dafür geleistete Lohnzahlung bzw. der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) ist im angegebenen Bruttoeinkommen enthalten.
<input type="checkbox"/>	Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung	von – bis	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Kinderbetreuungszeiten (§ 45 SGB V Krankengeld bei Erkrankung des Kindes)	von – bis	<input type="text"/>		

6 BESTÄTIGUNG DES ARBEITGEBERS

Ich versichere, dass die unter den Nummern 1 bis 5 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum	Telefon	Stempel und Unterschrift
Ansprechpartner*in	E-Mail	

7 BESCHEINIGUNG DER KRANKENKASSE

Wenn Sie **Krankengeld oder Mutterschaftsgeld** beziehen oder bezogen haben, bitte nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen **oder** einen separaten von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen.

Der/Die umstehend genannte Arbeitnehmer/in ist bzw. war in den letzten 12 Monaten

- arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld
- erhielt Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGBV)
- Empfängerin von Mutterschaftsgeld

Bei den Beträgen bitte den **Bruttogesamtbetrag** angeben, ggf. einschließlich der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung, die zu Lasten der/des Versicherten zu entrichten sind.

von – bis	Tage	Tagessatz	bei wöchentlich (Tagen)	Gesamtbetrag
		€		€
		€		€
		€		€
Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt				Gesamtbetrag
				€

8 BESTÄTIGUNG DER KRANKENKASSE

Ich versichere, dass die unter Nummer 7 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum	Telefon	Stempel und Unterschrift
Ansprechpartner*in	E-Mail	

9 BEZUG VON LEISTUNGEN DER AGENTUR FÜR ARBEIT

Erhalten oder erhielten Sie in den letzten 12 Monaten Lohn- und/oder Einkommensersatzleistungen (wie z. B. Arbeitslosengeld, Ausbildungsgeld nach § 122 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGBIII), Berufsausbildungsbeihilfe oder Unterhaltsgeld, dann **legen Sie bitte die Leistungsbescheide vor.**