

# Verdienstbescheinigung

## zum Ermäßigungsantrag Kindergartengebühren

vom	Antragsdatum : _____
-----	----------------------

Eingangsvermerk:
------------------

<b>1</b>	<b>Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer</b> Familiename, ggf. Geburtsname	Vorname/n	Geb.-Datum			
	_____	_____ -	_____			
	<b>Anschrift</b> PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Etage, ggf. Wohnungsnummer		Ggf. Telefonnummer			
	_____		_____			
	<b>ist/war bei mir/uns</b>		In der Zeit von (Eintrittsdatum)			
<input type="checkbox"/> beschäftigt als Tätigkeit _____		bis _____				
<input type="checkbox"/> nicht beschäftigt/ohne Bezüge/beurlaubt		In der Zeit von _____ bis _____				
Es handelt sich um						
<input type="checkbox"/> nichtselbständige Arbeit <input type="checkbox"/> ein Ausbildungsverhältnis <input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (Mini-Job)						
<b>2</b>	<b>Bei Ausbildungsverhältnis:</b>					
	Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am _____ und endet am _____					
<b>3</b>	<b>Bei geringfügiger Beschäftigung:</b>					
	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist geringfügig Beschäftigte/r auf Lohnsteuerkarte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Die Pauschalsteuer <input type="checkbox"/> entrichtet die Arbeitgeber/in <input type="checkbox"/> wurde auf die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer abgewälzt						
<b>4</b>	<b>In den letzten 12 Monaten vor Stellung des Antrages auf Ermäßigung der Kindergartengebühren erhaltenes</b>					
	<input type="checkbox"/> steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit					
	<input type="checkbox"/> Bruttoeinkommen aus einem Ausbildungsverhältnis					
	<input type="checkbox"/> Einkommen aus einem Mini-Job (ggf. einschließlich abgewälzter Pauschalsteuer)					
	<b><u>Ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und ohne steuerfreie Bezüge</u></b>					
	Monat	Jahr	Betrag €	Monat	Jahr	Betrag €
<b>Insgesamt</b>						

<b>5 Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen</b>							
		In den letzten 12 Monaten gezahlte			In den nächsten 12 Monaten zu erwartende		
		Monat	Jahr	Betrag €	Monat	Jahr	Betrag €
<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld							
<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld							
<input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter							
<input type="checkbox"/> Jahresprämie							
<input type="checkbox"/> zusätzliche sonstige Leistungen / Sachbezüge							
<b>6 Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene steuerfreie Bezüge</b>					<b>Betrag €</b>		
<input type="checkbox"/> Winterausfallgeld							
<input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld							
<input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nachtarbeit							
<input type="checkbox"/> Übergangsgelder/Übergangsbeihilfen							
<input type="checkbox"/> durchlaufende Gelder/Auslagenersatz							
<input type="checkbox"/> Zuschuss zum Mutterschaftsgeld („Nettolohnausgleich“)							
<input type="checkbox"/> Beiträge an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder für eine Direktversicherung zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung							
<input type="checkbox"/> andere steuerfreie Einnahmen							
7	a)	Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		
	b)	Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		
	c)	vom Einkommen der Arbeitnehmer/in eingehaltene Steuern Steuerklasse	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		
8	<b>Änderung des Bruttoeinkommens</b>		<input type="checkbox"/> nicht ändern		<input type="checkbox"/> verringern		<input type="checkbox"/> erhöhen
	Das Bruttoeinkommen wird sich i. d. nächsten 12 Monaten						
Änderung ab _____		um mtl. <input type="text"/> Euro		auf mtl. <input type="text"/> Euro			
<b>9 Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung</b>							
Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank <u>ohne</u> Lohnfortzahlung							
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		Wenn ja, vom		Datum: _____ bis _____	
				vom		Datum: _____ bis _____	
Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:							
Name, Anschrift der Krankenkasse							
10 Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind.							
11 <b>Bestätigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers</b>							
Ort, Datum				Stempel u. Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers			
_____				_____			
Telefon: _____							