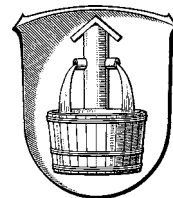


# STADT STEINBACH (TAUNUS)

## DER MAGISTRAT



### VERDIENSTBESCHEINIGUNG

(auszufüllen durch den Arbeitgeber)

#### Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin:

\_\_\_\_\_  
Familiennamen

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Steuerklasse

\_\_\_\_\_  
Kinder

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
beschäftigt seit

#### Bruttoeinnahmen der letzten 12 Monate

Monat/Jahr	Betrag in €
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€

Monat/Jahr	Betrag in €
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
<b>Gesamtbetrag</b>	<b>€</b>

#### In diesen Bruttoeinnahmen sind enthalten (bitte je den Gesamtbetrag angeben):

a) Weihnachtsgeld  Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

b) Urlaubsgeld  Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

c) Zuschläge für Sonn-,  
Feiertags- und Nachtarbeit  
(keine allg. Schichtzulage)  Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

d) Erschwernis-, Schmutz-,  
und Gefahrezulage  Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

e) steuerfreie Einnahmen  
(soweit nicht bereits in c)  
oder d) enthalten)  
Art: \_\_\_\_\_  Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

## **Bei Auszubildenden**

Beginn des Ausbildungsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Ende des Ausbildungsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Die Ausbildungsvergütung beträgt

im 1. Ausbildungsjahr (brutto): \_\_\_\_\_ €

im 2. Ausbildungsjahr (brutto): \_\_\_\_\_ €

im 3. Ausbildungsjahr (brutto): \_\_\_\_\_ €

## **Sozialversicherungen und Steuern**

Der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin entrichtete:

- Steuern und Einkommen (Lohn-Einkommenssteuer)  Nein  Ja
- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung  Nein  Ja
- Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung  Nein  Ja

## **Zu erwartende Einnahmen**

In den nächsten 12 Kalendermonaten werden voraussichtlich folgende Sonderzahlungen gewährt:

- Urlaubsgeld  Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- Weihnachtsgeld  Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- Sonstige Leistungen  Nein  Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

## **Krankheitszeiten**

Der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin war ohne Lohnfortzahlung arbeitsunfähig erkrankt:

Nein  Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers