

# Informationen zur Erhebung von personenbezogenen Daten

*entsprechend der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) – DSGVO - i. V. m. dem Bundesdatenschutzgesetz in der Fassung vom 25. Mai 2018*

## **Formular:**

Verdienstbescheinigung – Anlage zum Antrag auf Wohngeld  
(Jue4036851102401)

## **Zweck(e) der Datenerhebung:**

Wohngeld

## **Rechtsgrundlage(n) für die Datenerhebung:**

Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c) DSGVO (Rechtliche/gesetzliche Verpflichtung)

## **Dauer der Speicherung:**

Personenbezogene Daten werden gelöscht, wenn sie für die Durchführung des Wohngeldgesetzes nicht mehr benötigt werden (vgl. § 33 Abs. 3 Satz 3, Abs. 4 Satz 2 und Abs. 5 Satz 6 und 7 Wohngeldgesetz (WoGG), § 35 Abs. 2 Satz 2 WoGG, § 19 Abs. 4 und § 20 Wohngeldverordnung) und rechtliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind (vgl. Teil A Nr. 24.01 Wohngeld-Verwaltungsvorschrift: Aufbewahrung längstens 10 Jahre)

## **Empfänger der personenbezogenen Daten:**

Datenverarbeitungsstelle  
Landesamt für Statistik  
Zentrale Landesstelle für den Datenabgleich  
Kreditinstitute

## **Für den Datenschutz verantwortliche Stelle:**

Stadt Braunschweig  
Fachbereich Soziales und Gesundheit  
Abteilung Wohnen und Senioren  
Platz der Deutschen Einheit 1  
38100 Braunschweig

Telefon: 05 31 4 70-1

E-Mail: [wohnen@braunschweig.de](mailto:wohnen@braunschweig.de)

## **Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten:**

Stadt Braunschweig  
Fachbereich Zentrale Dienste  
Datenschutzbeauftragte Annette Hübner  
Platz der Deutschen Einheit 1  
38100 Braunschweig

Telefon: 05 31 4 70-24 25

E-Mail: [datenschutz@braunschweig.de](mailto:datenschutz@braunschweig.de)

Beachten Sie bitte auch vor dem Ausfüllen des nachfolgenden Formulars die datenschutzrechtlichen Informationen gemäß Datenschutzgrundverordnung in den [Hinweisen zum Datenschutz](#) (je nach Browser/-einstellungen können eingegebene Daten bei späterem Aufruf der Datenschutzhinweise verloren gehen).

Stand: 4. Juni 2018

# Verdienstbescheinigung

## Anlage zum Antrag auf Wohngeld

Mietzuschuss  Lastenzuschuss

vom   
 von

Eingang

Die Verpflichtung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers zur Auskunft ergibt sich aus § 23 Absatz 2 des Wohngeldgesetzes.

**1 Arbeitnehmer/Arbeitnehmer**  
 (Familienname, ggf. Geburtsname) (Vorname/n) (Geburtsdatum)

**Anschrift** (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Etage, ggf. Wohnungsnummer, ggf. Telefonnummer)

ist/war bei mir/uns  in der Zeit   
 beschäftigt als  in der Zeit   
 nicht beschäftigt/ohne Bezüge beurlaubt in der Zeit   
 Es handelt sich um  nichtselbständige Arbeit  ein Ausbildungsverhältnis  geringfügige Beschäftigung (Mini-Job)

**2 Bei Ausbildungsverhältnis:**  und endet am   
 Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am  und endet am

**3 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

**4** In den letzten 12 Monaten vor Stellung des Antrages auf Wohngeld erhaltenes  
 steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit  
 Bruttoeinkommen aus einem Ausbildungsverhältnis  
 Einkommen aus einem Mini-Job (ggf. einschließlich abgewälzter Pauschalsteuer)  
**ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und ohne steuerfreie Bezüge** (siehe Felder 5 und 6)

Monat	Jahr	Betrag	Monat	Jahr	Betrag
		Euro			Euro
		Euro			Euro
		Euro			Euro
		Euro			Euro
		Euro			Euro
		Euro			Euro
Insgesamt:					Euro

**5 Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene steuerpflichtige Sonderzuwendungen.**

	In den letzten 12 Monaten gezahlte			In den nächsten 12 Monaten zu erwartende		
	Monat	Jahr	Betrag	Monat	Jahr	Betrag
<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld			Euro			Euro
<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld			Euro			Euro
<input type="checkbox"/> zusätzliche Monatsgehälter			Euro			Euro
<input type="checkbox"/> Jahresprämie			Euro			Euro
<input type="checkbox"/> sonstige zusätzliche Leistungen/ Sachbezüge			Euro			Euro

Schreiben Sie bitte in Druckschrift und kreuzen Sie Zutreffendes so an .

Bestell-Nr. 403 685 1102 401  
 Tel. 0 89/3 74 36 -0 - Fax 0 89/3 74 36 -3 44 - service@juenglingverlag.de

Schreiben Sie bitte in Druckschrift und kreuzen Sie Zutreffendes so an .

**6 Nicht im Brutto in Feld 4 enthaltene steuerfreie Bezüge**

	Betrag
<input type="checkbox"/> Winterausfallgeld	Euro
<input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld	Euro
<input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie Nachtarbeit	Euro
<input type="checkbox"/> Übergangsgelder/Übergangsbeihilfen	Euro
<input type="checkbox"/> durchlaufende Gelder/Auslagenersatz	Euro
<input type="checkbox"/> Zuschuss zum Mutterschaftsgeld („Nettolohnausgleich“)	Euro
<input type="checkbox"/> Beiträge an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder für eine Direktversicherung zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung	Euro
<input type="checkbox"/> andere steuerfreie Einnahmen	Euro

**7 Vom vorstehenden Bruttoeinkommen sind zu Lasten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers entrichtet worden:**

- a) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen  nein  ja
- b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen  nein  ja
- c) vom Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers einbehaltene Steuern  nein  ja

Steuerklasse

**8 Änderung des Bruttoeinkommens**

Das Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten

- nicht ändern  verringern  erhöhen.

Änderung ab  um mtl.  auf mtl.

**9 Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung**

Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer war in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig krank ohne Lohnfortzahlung

nein  ja wenn ja, vom  bis   
vom  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 Bestätigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers**

Ort, Datum

Telefon

Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

