

Wohngeldnummer										
9	5	4	0	1	2					

Wichtig!
Bei Bezug von Leistungen der Krankenkasse
 Wenn Sie zurzeit Krankengeld/Verletztengeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder in den letzten 12 Monaten bezogen haben, lassen Sie bitte die nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen. Sie können auch einen anderen von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen, wenn dieser die gleichen Angaben enthält.

Bestätigung der Krankenkasse

Frau/Herr	Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)					Geburtsdatum
Anschrift			Bestätigungszeitraum		ist bzw. war in den letzten 12 Monaten	
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld/Verletztengeld.						
<input type="checkbox"/> Empfängerin von Mutterschaftsgeld.						
vom – bis		Tage	Tagessatz (Betrag) brutto EUR	bei wöchentlich Tagen	Gesamtbetrag EUR	
vom – bis		Tage	Tagessatz (Betrag) brutto EUR	bei wöchentlich Tagen	Gesamtbetrag EUR	
vom – bis		Tage	Tagessatz (Betrag) brutto EUR	bei wöchentlich Tagen	Gesamtbetrag EUR	
Von dem Krankengeld/Verletztengeld wurden			<input type="checkbox"/> keine Beiträge einbehalten <input type="checkbox"/> folgende Beiträge einbehalten (bitte einzeln angeben):			
Zeitraum	Betrag EUR		Grund			
Zeitraum	Betrag EUR		Grund			
Zeitraum	Betrag EUR		Grund			

Bestätigung der Krankenkasse

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift	Telefon/Fax
------------	--------------------------	-------------

Wichtig!
Bei erhöhten Werbungskosten
 Wenn Sie erhöhte Werbungskosten haben, lassen Sie bitte die nachfolgende Bestätigung von Ihrem Finanzamt vervollständigen. Sie können auch den Einkommensteuerbescheid vorlegen (bis 31.05. eines Jahres den für das vorletzte Jahr, ab 01.06. eines Jahres den für das Vorjahr).

Bestätigung des Finanzamtes

Finanzamt		
Frau/Herr	Name, Vorname	Anschrift
wird bescheinigt, dass im Kalenderjahr <input type="text"/> bei den Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit Werbungskosten gemäß § 9 EStG		
in Höhe von <input type="text"/> EUR		in Worten <input type="text"/> EUR
insgesamt (einschließlich des Pauschbetrages nach § 9 a Nr. 1 EStG)		<input type="checkbox"/> anerkannt wurden <input type="checkbox"/> voraussichtlich anerkannt werden.

Bestätigung des Finanzamtes

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift	Telefon/Fax
------------	--------------------------	-------------