Lizenziert für

Eingangsdatum / Eingangsstempel

An

Antrag
auf Erstattung von Verdienstausfall im Feuerwehrdienst

☒ Zutreffendes ankreuzen!

1. Antragsteller

Name, Vorname, Dienstgrad

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Beruf ☐ unselbstständig ☐ selbstständig

Arbeitgeber (Name, Anschrift)

2. Art des Feuerwehrdienstes (z. B. Brandbekämpfung, Lehrgang)

Dienstart

Dienstort

Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit) | Ende (Tag, Datum, Uhrzeit)

3. Verdienstausfall wird geltend gemacht für die Zeit vom / bis:

Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit) | Ende (Tag, Datum, Uhrzeit)

Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die der Verdienstausfall beantragt wird (einschl. An- und Abmarsch) | Tag(e) | Stunde(n)

Höhe des Verdienstausfalls:

☐ siehe Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers (Rückseite)

☐ für beruflich Selbstständige _____ EUR

Nachweis: ☐ Einkommensteuerbescheid/-erklärung ☐ Vereinbarung mit einer Ersatzkraft

☐ Pauschale Abgeltung ☐

4. Auszahlung

☐ auf das Konto meines Arbeitgebers ☐ auf mein Konto ☐ in bar

Bankverbindung (Name und Sitz des Kreditinstitutes)

IBAN | BIC

Ich versichere die Richtigkeit der im Antrag enthaltenen Angaben.

Ort, Datum | Unterschrift

Zwischenspeichern

Nachdruck, Nachahmung, kopieren und elektronische Speicherung verboten!

Jüngling Der Fachverlag Bestell-Nr. 400 091 2501 402 Tel. 089/37436-0 · Fax 089/37436-344 · service@juenglingverlag.de 1429

5. Bestätigung des Leiters der Feuerwehr / Einsatzleiters

Der Antragsteller hat an dem zu 2 bezeichneten Feuerwehrdienst teilgenommen.

Ort, Datum	Unterschrift

6. Erklärung des Arbeitgebers zum Verdienstausfall

Der Antragsteller ist in meinem Unternehmen beschäftigt.

Name und Anschrift des Unternehmens

Es ist folgender Verdienstausfall zu berechnen:

Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit, des Verdienstausfalles	Ende (Tag, Datum, Uhrzeit des Verdienstausfalles	
Gesamtzahl der Tage und Stunden des Verdienstausfall (einschl. An- und Abmarsch)	Tag(e)	Stunde(n)

Verdienstbescheinigung:	Betrag in Euro
Bruttoarbeitsverdienst	
Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Sozial-und Arbeitslosenversicherung	
Sonstige fortgewährte Leistungen	
Gesamt	

Der Verdienst ist dem Arbeitnehmer ☐ nicht ☐ weitergezahlt worden.

☐ Ich bitte, mir den fortgezahlten Lohn zu erstatten auf:

Bankverbindung (Name und Sitz des Kreditinstitutes)	
IBAN	BIC

Es wird versichert, dass alle Angaben richtig und vollständig sind und erforderlichenfalls die entsprechenden Bescheide und Belege überprüft werden können.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Entscheidung der Behörde

☐ Der Anspruch auf Erstattung von Verdienstausfall wird anerkannt.

☐ Auszahlungsanordnung fertigen über EUR | Haushaltsstelle

☐ z.d.A.

Ort, Datum	Unterschrift

Drucken | Löschen | Zwischenspeichern

☒ Zutreffendes ankreuzen!

Nachdruck, Nachahmung, kopieren und elektronische Speicherung verboten!

Jüngling Der Fachverlag Bestell-Nr. 400 091 2501 402 Tel. 089/37436-0 · Fax 089/37436-344 · service@juenglingverlag.de 1429