**Antrag auf Erstattung von Verdienstausfall im Feuerwehrdienst**

# 1.Antragsteller

Name, Vorname, Dienstgrad

Anschrift

|  |
| --- |
|                      |

 [ ]  unselbstständig [ ]  selbstständig

Arbeitgeber (Name, Anschrift):

|  |
| --- |
|                 |

# 2. Art des Feuerwehrdienstes (z.B. Einsatz, Lehrgang, Übung)

Dienstart:

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dienstort | Beginn (Datum & Uhrzeit) | Ende (Datum & Uhrzeit) |
|       |       |       |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stunden & Minuten | Beginn (Datum & Uhrzeit) | Ende (Datum & Uhrzeit) |
|       |       |       |

Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die der Verdienstausfall beantragt wird (einschl. An- und Abmarsch)

Höhe des Verdienstausfalls:

|  |
| --- |
|  [ ]  Siehe Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers (nächste Seite) [ ]  Für beruflich Selbstständige über pauschale Abgeltung |

# 4. Auszahlung:

 [ ]  Auf das Konto meines Arbeitgebers [ ]  auf mein Konto

Bankverbindung:

|  |  |
| --- | --- |
| Name Kreditinstitut  |       |
| IBAN |       |
| BIC |       |

Ich versichere die Richtigkeit der im Antrag enthaltenen Angaben

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum      | Unterschrift |

# 5. Erklärung des Arbeitgebers zum Verdienstausfall

Der Antragsteller ist in meinem Unternehmen beschäftigt.

Name und Anschrift des Unternehmens:

|  |
| --- |
|            |

Es ist folgender Verdienstausfall zu berechnen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stunden & Minuten | Beginn (Datum & Uhrzeit) | Ende (Datum & Uhrzeit) |
|       |       |       |

Gesamtzahl der Tage und Stunden des Verdienstausfalls (einschl. An- und Abmarsch)

|  |  |
| --- | --- |
| **Verdienstbescheinigung:** | Betrag in Euro |
| Bruttoarbeitsverdienst |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
| Arbeitgeberanteile der Beiträge zurSozial-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 Kreditinstitut  |       |
| IBAN |       |
| BIC |       |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum      | Unterschrift Arbeitgeber |