

Samtgemeinde Gieboldehausen
Fachbereich 3
Hahlestraße 1
37434 Gieboldehausen

PLZ Ort, den

Antrag

auf Erstattung von Verdienstaussfall
im Feuerwehrdienst

1. Antragsteller	
Name, Vorname, Dienstgrad	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Beruf <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
2. Art des Feuerwehrdienstes (z. B. Brandbekämpfung, Lehrgang)	
Dienststart	
Dienstort	
Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit)	Ende (Tag, Datum, Uhrzeit)
3. Verdienstaussfall wird geltend gemacht für die Zeit vom / bis	
Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit)	Ende (Tag, Datum, Uhrzeit)
Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die der Verdienstaussfall beantragt wird (einschl. An- und Abmarsch)	Tag(e) Stunde(n)
Höhe des Verdienstaussfalles:	
<input type="checkbox"/> siehe Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers (Rückseite)	
<input type="checkbox"/> für beruflich Selbständige	<input type="text"/> €
Nachweis:	
<input type="checkbox"/> Einkommensteuerbescheid / -erklärung	<input type="checkbox"/> Vereinbarung mit einer Ersatzkraft
<input type="checkbox"/> Pauschalabgeltung	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
4. Auszahlung	
<input type="checkbox"/> auf das Konto meines Arbeitgebers <input type="checkbox"/> auf mein Konto <input type="checkbox"/> in bar	
Bankverbindung (Name und Sitz des Kreditinstitutes)	
BIC	IBAN
Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben!	
Ort, Datum	Unterschrift

5. Bestätigung des Leiters der Feuerwehr / Einsatzleiter

Der Antragsteller hat an dem unter Punkt 2. bezeichneten Feuerwehrdienst teilgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift

6. Verdienstausschfallberechnung und Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers

Der Antragsteller ist in meinem Unternehmen beschäftigt.
Es ist folgender Verdienstausschfall zu berechnen:

Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit) des Verdienstausschfalles

Ende (Tag, Datum, Uhrzeit) des Verdienstausschfalles

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

Tag(e)

Stunde(n)

Bruttoarbeitsverdienst

€

Arbeitgeberanteil der Beiträge zur
Sozial- und Arbeitslosenversicherung

€

€

€

sonstige fortgewährte Leistungen

€

€

€

€

Gesamt

€

Der Verdienst ist dem Arbeitnehmer nicht weitergezahlt worden. weitergezahlt worden.
 Ich bitte, **mir** den fortgezahlten Lohn zu erstatten.

Bankverbindung (Name und Sitz des Kreditinstitutes)

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des Arbeitgebers

7. Entscheidung der Verwaltung

Der Anspruch auf Erstattung des Verdienstausschfalles wird anerkannt.

Auszahlungsanordnung über _____ €

Haushaltstelle

z. d. A.

Ort, Datum

Unterschrift