

Landkreis Börde
Fachdienst Brand-, Katastrophenschutz
und Rettungswesen
Kronesruhe 8
39340 Haldensleben

Antrag auf Erstattung von Verdienstaussfall im Dienst des Landkreises Börde

1. Bestätigung der zuständigen Behörde

Anrede <Vorname> <Name> hat an dem nachstehend bezeichneten Dienst teilgenommen.

Datum

Unterschrift (Führungskraft)

2. Antragsteller

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift (privat):

<Ortsteil>

<Straße Nr.>

<PLZ Ort>

Arbeitsverhältnis: selbständig Privater Arbeitgeber Öffentlicher Dienst

Arbeitgeber:

<Firmenname>

<Ortsteil>

<Straße Nr.>

<PLZ Ort>

3. Art des Dienstes

Bezeichnung: _____

Ort: _____

Beginn der Dienstreise (Abfahrt Standort): Datum: _____ Uhrzeit: _____	Beginn des Dienstes: Datum: _____ Uhrzeit: _____
Ende der Dienstreise (Ankunft Standort): Datum: _____ Uhrzeit: _____	Ende des Dienstes: Datum: _____ Uhrzeit: _____

4. Verdienstaussfall wird geltend gemacht für die Zeit

Beginn am: _____ um: _____ Uhr

Ende am: _____ um: _____ Uhr

Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die der Verdienstaussfall beantragt wird: _____ Tage
_____ Stunden

Höhe des Verdienstaussfalles:

siehe Verdienstaussfall des Arbeitgebers (siehe 6.)

für beruflich Selbständige

_____ EUR

Nachweis: Einkommenssteuerbescheid/-erklärung
 Pauschale Abgeltung

5. Auszahlung

- auf das Konto meines Arbeitgebers (siehe 6.)
 auf mein Konto (nur bei beruflicher Selbständigkeit):

Kontoinhaber: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____ Unterschrift (Antragsteller) _____

6. Verdienstaussfallberechnung und Verdienstaussfallbescheinigung des Arbeitgebers

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

Beginn am: _____ um: _____ Uhr
Ende am: _____ um: _____ Uhr

Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die der Verdienstaussfall beantragt wird: _____ Tage
_____ Stunden

LEISTUNG

BETRAG

Bruttoarbeitsverdienst	_____	EUR
Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung	_____	EUR
sonstige fortgewährte Leistungen	_____	EUR
		EUR
		EUR
	GESAMT	EUR

Der Verdienstaussfall ist dem Arbeitnehmer weitergezahlt worden.
Ich bitte Sie den fortgezahlten Lohn auf folgende Bankverbindung zu erstatten:

Kontoinhaber: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Für eventuelle Rückfragen:

Ansprechpartner: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____

7. Entscheidung der Verwaltung

Der Anspruch auf Erstattung von Verdienstaussfall wird anerkannt.
Auszahlungsanordnung fertigen über _____ EUR Kostenstelle: _____

Datum _____ Unterschrift Sachgebietsleiter _____