



Gemeindeverwaltung Floh-Seligenthal
Bahnhofstraße 4
98593 Floh-Seligenthal

Antrag
auf Erstattung von
Verdienstausfall
im Feuerwehrdienst
nach § 14 (2) ThürBKG v. 05.02.2008

1. Angaben über Antragsteller und freigestellte/n Arbeitnehmer/in

Name der Firma	
Anschrift	
Name, Vorname des/der freigestellten Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> selbstständig
Anschrift	
Beruf	

2. Art des Feuerwehrdienstes

Einsatzbeschreibung			
Einsatzort			
Beginn	Datum	Uhrzeit	Uhr
Ende	Datum	Uhrzeit	Uhr

3. Verdienstausschlag wird geltend gemacht für die Zeit von / bis

Beginn	Datum	Uhrzeit	Uhr
Ende	Datum	Uhrzeit	Uhr
Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die das fortgezählte Arbeitsentgelt beantragt wird:		Tage und	Stunden
Höhe des fortgezählten Arbeitsentgeltes:			
<input type="checkbox"/> siehe Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers (Seite 2)			
<input type="checkbox"/> für beruflich Selbstständige EUR			
Nachweis:	<input type="checkbox"/> Einkommensteuerbescheid/-erklärung	<input type="checkbox"/> Vereinbarung mit meiner Ersatzkraft	
	<input type="checkbox"/> Pauschale Abgeltung	<input type="checkbox"/>	

4. Bestätigung Arbeitnehmer/in

Mit der Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum _____ Unterschrift Arbeitnehmer/in _____

5. Bestätigung Feuerwehr-Einsatzleiter/in

Mit der Unterschrift bestätige ich die Teilnahme des Arbeitnehmers am unter Punkt 2. bezeichneten Feuerwehrdienst.

Datum _____ Unterschrift Einsatzleiter/in _____

6. Verdienstaussfallberechnung und Verdienstaussfallbescheinigung

Die Erstattung des fortgezahlten Arbeitsentgeltes wird für folgenden Zeitraum beantragt:			
Beginn	Datum	Uhrzeit	Uhr
Ende	Datum	Uhrzeit	Uhr
Gesamtdauer:	Tage und	Stunden	
Leistung	Betrag		
Bruttoarbeitsverdienst (Lohn/Gehalt pro Stunde:	EUR)	EUR	
Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung (7,3 %)		EUR	
Arbeitgeberanteil zur Pflegeversicherung (1,275 %)		EUR	
Arbeitgeberanteil zur Rentenversicherung (9,3 %)		EUR	
Arbeitgeberanteil zur Arbeitslosenversicherung (1,5 %)		EUR	
		EUR (z.B.AG-Beitrag zur ges. Unfallvers.)	
Sonstige fortgewährte Leistungen			
	EUR		
Gesamtbetrag	EUR		
Der Verdienst ist dem/der Arbeitnehmer/in weitergezahlt worden.			

7. Angaben zur Auszahlung

Bitte erstatten Sie den fortgezahlten Lohn
<input type="checkbox"/> auf das Konto des Antragstellers (Firma). <input type="checkbox"/> in bar.
Kontonummer / IBAN
Bankleitzahl / BIC-CODE
Name des Kreditinstitutes

8. Unterschrift

Datum _____ Stempel und Unterschrift Antragsteller (Firma)

9. Entscheidung der Verwaltung

<input type="checkbox"/> Der Anspruch auf Erstattung von Verdienstaussfall wird anerkannt.
<input type="checkbox"/> Der Anspruch auf Erstattung von Verdienstaussfall wird nicht anerkannt.
Begründung: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Auszahlungsanordnung fertigen über _____, _____ EUR auf Haushaltsstelle
<input type="checkbox"/> zu den Akten
Datum _____ Unterschrift Sachbearbeiter/in