

Antragssteller

PLZ, Ort, Datum

VERTRAULICH
Gemeinde Hohe Börde
Der Bürgermeister
OT Irxleben
Bördestraße 8
39167 Hohe Börde

**Antrag
auf Erstattung fortgewährter
Leistungen im Zusammenhang
mit dem Feuerwehrdienst**

1. Antragssteller			
Name, Vorname, Dienstgrad			
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
Beruf			
<input type="checkbox"/> unselbständig <input type="checkbox"/> selbständig			
Arbeitgeber (Name, Anschrift)			
2. Art des Feuerwehrdienstes (z.B. Brandbekämpfung, Lehrgang)			
Dienstort			
Dienstort			
Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit)		Ende (Tag, Datum, Uhrzeit)	
3. Verdienstausschlag wird geltend gemacht für die Zeit vom / bis			
Beginn (Tag, Datum)	Uhrzeit	Ende (Tag, Datum)	Uhrzeit
Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die der Verdienstausschlag beantragt wird (einschl. An- und Abmarsch)		Tag(e)	Stunden
Höhe des Verdienstausschlages:			
<input type="checkbox"/>	siehe Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers (Rückseite dieses Antrages)	EUR <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	für beruflich Selbständige		
<input type="checkbox"/>	Einkommensteuerbescheid / -erklärung	<input type="checkbox"/>	Vereinbarung mit einer Ersatzkraft
<input type="checkbox"/>	Pauschale Abgeltung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Auszahlung			
Ich bitte um 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)			
IBAN			

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift

5. Bestätigung des Leiters der Feuerwehr / Einsatzleiter

Der Antragssteller hat an dem **zu 2** bezeichneten Feuerwehrdienst teilgenommen.

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

6. Verdienstaussfallberechnung und Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers (nur vom Arbeitgeber auszufüllen!)

Der Antragssteller ist in meinem Unternehmen beschäftigt.

Es ist folgender Verdienstaussfall zu berechnen:

Beginn (Tag, Datum, Uhrzeit) des Verdienstaussfalles	Ende (Tag, Datum, Uhrzeit) des Verdienstaussfalles
--	--

Gesamtzahl der Tage und Stunden des Verdienstaussfalles (einschl. An- und Abmarsch)	Tag(e)	Stunde(n)
---	--------	-----------

Bruttoverdienst	EUR
Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung	EUR
	EUR
	EUR

Sonstige fortgewährte Leistungen

	EUR
	EUR
	EUR
Gesamt	EUR

Der Verdienst ist dem Arbeitnehmer nicht weitergezahlt worden.

Ich bitte, mir den fortgezahlten Lohn auf das nachfolgend aufgeführte Konto zu erstatten:

Bankverbindung (Name und Sitz des Kreditinstitutes)

IBAN

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
------------	---

7. Entscheidung der Verwaltung

Anspruch auf Erstattung von Verdienstaussfall wird anerkannt.

Auszahlungsanordnung fertigen über

EUR	Haushaltsstelle
-----	-----------------

z.d.A.

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