



Landkreis Schaumburg

Der Landrat

Antrag auf Verdienstaufenthaltschädigung nach §§ 56 ff des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG)

Name der Firma			
Anschrift			
Ansprechpartner		Telefon	

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Anschrift			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden	Tel.-Nr.	

Zeitdauer des Tätigkeitsverbotes oder der Absonderung	vom - bis (einschließlich)
---	----------------------------

Ort der Absonderung/ Quarantäne	
------------------------------------	--

Schriftliche Bestätigung des Tätigkeitsverbotes	Behörde	vom
--	---------	-----

Der/die Betroffene ist tätig als	
----------------------------------	--

Der/die Betroffene ist nicht	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r i. S. von § 12 Berufsbildungsgesetz
-------------------------------------	--

Der/die Betroffene hat	<input type="checkbox"/> einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB
	<input type="checkbox"/> keinen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB
<i>(Dieser Anspruch wurde durch Arbeits-/Tarifvertrag, sonstige Verträge, abbedungen - der maßgebliche Vertrag ist in Kopie beigefügt.)</i>	

Ersatztätigkeit war	<input type="checkbox"/> erlaubt
	<input type="checkbox"/> nicht erlaubt
Ersatztätigkeit wurde	<input type="checkbox"/> ausgeübt (<i>Nachweis über Höhe des gezahlten Einkommens beifügen</i>)
	<input type="checkbox"/> nicht ausgeübt, weil (bitte ausführlich begründen)

Während des Tätigkeitsverbotes bestand <u>wegen einer Krankheit</u>	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> keine Arbeitsunfähigkeit
Eine entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse o. ä. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.	
<input type="checkbox"/> wird nachgereicht.	

Vor Anordnung des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung bestand Versicherungspflicht bei der	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung bei <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung <input type="checkbox"/> Sonstige bei
--	---

Höhe des Verdienstaufalles

Bei Arbeitnehmern	
Zu zahlendes regelmäßiges Brutto-Arbeitsentgelt während der Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung	EUR
abzüglich a) Lohnsteuer	EUR
b) Kirchensteuer	EUR
c) Solidaritätszuschlag	EUR
d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	EUR
e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	EUR
Netto-Arbeitsentgelt	EUR
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen <input type="checkbox"/> sind beigefügt. <input type="checkbox"/> werden nachgereicht.	

Bei Heimarbeitern	
Brutto-Arbeitsentgelt während der Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung <i>(Berechnet nach dem durchschnittlichen monatlichen Brutto-Arbeitsentgelt im letzten Jahr vor Anordnung des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung)</i>	EUR
abzüglich a) Lohnsteuer	EUR
b) Kirchensteuer	EUR
c) Solidaritätszuschlag	EUR
d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	EUR
e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	EUR
Netto-Arbeitsentgelt	EUR
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen <input type="checkbox"/> sind beigefügt. <input type="checkbox"/> werden nachgereicht.	

Bei Selbstständigen	
Brutto-Arbeitsentgelt während der Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung <i>(Berechnet nach einem Zwölftel des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Jahres-Arbeitseinkommens / § 15 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV))</i>	EUR
abzüglich a) Lohnsteuer	EUR
b) Kirchensteuer	EUR
c) Solidaritätszuschlag	EUR
d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	EUR
e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	EUR
Netto-Jahreseinkommen	EUR
Der letzte Einkommensteuerbescheid des Finanzamtes in _____ sowie sonstige entsprechende Nachweise	
<input type="checkbox"/> sind beigefügt. <input type="checkbox"/> werden nachgereicht.	

Ich versichere, den vorstehenden Antrag auf Verdienstaufallentschädigung wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Das beigefügte Merkblatt habe ich zur Kenntnis genommen.

Es wird gebeten, die Verdienstaufallentschädigung auf folgendes Konto zu überweisen:	
IBAN	
BIC	
Kreditinstitut	

Datum

Unterschrift