

| |
|-----------------------|
| Name, Vorname / Firma |
| |
| Anschrift |
| |

Landkreis Cuxhaven
Stichwort:
Corona-Service
Vincent-Lübeck-Str. 2
27474 Cuxhaven

Antrag

auf Verdienstauffallentschädigung nach §§56 ff Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Ich beantrage eine Entschädigung nach §56 IfSG als

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitgeberin / Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> Arbeitnehmerin / Arbeitnehmer |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige / Selbstständiger | <input type="checkbox"/> Heimarbeiterin / Heimarbeiter |

| | |
|--|--------------|
| Name, Vorname, der/des Betroffenen | Geburtsdatum |
| 1. | |
| Anschrift | |
| 2. | |
| Zeitdauer des Tätigkeitsverbotes oder der Absonderung von – bis (einschließlich) | |
| 3. | |
| Ort der Absonderung | |
| 4. | |
| Datum der Anordnung (Kopie bitte beifügen) | |
| 5. | |
| Angabe der Tätigkeit der/des Betroffenen, für die die Entschädigung beantragt wird | |

6. Die/Der Betroffene ist nicht

Auszubildende/r im Sinne von §10 Berufsbildungsgesetz

7. Die/Der Betroffene hat einen Lohnfortzahlungsanspruch nach §616 BGB

Die/Der Betroffene hat keinen Lohnfortzahlungsanspruch nach §616 BGB, da dieser durch Vertrag/Tarifvertrag ausgeschlossen wurde.

(Kopie des Vertrages/Tarifvertrages bitte beifügen)

8. Während des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung wurden

- keine Zuschüsse
 Zuschüsse (Art und Höhe angeben)

gewährt (§56 Abs. 8 Ziffer 1 IfSG)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

9. Während des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung bestand wegen einer Krankheit

- Arbeitsunfähigkeit
 keine Arbeitsunfähigkeit

Nachweis - Bescheinigung der Krankenkasse

- ist beigefügt
 wird nachgereicht
-

10. Vor Anordnung des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung bestand Versicherungspflicht in der

- Krankenversicherung
 Pflegeversicherung
 Deutsche Rentenversicherung
 Arbeitslosensicherung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

11. Eine Beschäftigung in einem anderen Betriebszweig der Firma während der Dauer des Tätigkeitsverbotes war nicht möglich: Ja / Nein

(Unzutreffendes bitte durchstreichen)
wenn ja, in welchem Bereich

12. Höhe des Verdienstaufalles (**Monatsentgeltbescheinigung beifügen**)

12.1 Bei Arbeitnehmerinnen / Arbeitnehmern

Zu zahlendes regelmäßiges Brutto-Arbeitsentgelt während
der Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung (siehe 2.) €

abzgl. a) Lohnsteuer €

abzgl. b) Solidaritätszuschlag €

| | |
|--|----------|
| abzgl. c) Kirchensteuer | € |
| abzgl. d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung) | € |
| abzgl. e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung (Nachweise bitte beifügen) | € |
| Netto-Arbeitsentgelt | € |

Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen

sind beigefügt werden nachgereicht

12.2 Bei Heimarbeiterinnen / Heimarbeitern

| | |
|--|----------------|
| Brutto-Einkommen im letzten Jahr vor Anordnung des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung (s. 2) | € |
| abzgl. a) Lohnsteuer | € |
| abzgl. b) Solidaritätszuschlag | € |
| abzgl. c) Kirchensteuer | € |
| abzgl. c) Sozialversicherungsbeiträge | € |
| abzgl. d) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung (Nachweise bitte beifügen) | € |
| Netto-Arbeitsentgelt | _____ € |

Bescheinigung/en /Nachweise sind beigefügt werden nachgereicht

12.3 Bei Selbständigen

Brutto-Arbeitseinkommen während der Zeit vor Anordnung des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung (siehe 2.) (Berechnung nach einem Zwölftel des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Jahreseinkommens / §15 Viertes Buches Sozialgesetzbuch)

| | |
|--|----------|
| abzgl. a) Lohnsteuer | € |
| abzgl. b) Solidaritätszuschlag | € |
| abzgl. c) Kirchensteuer | € |
| abzgl. c) Sozialversicherungsbeiträge | € |
| abzgl. d) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung (Nachweise bitte einfügen) | € |
| Netto-Arbeitsjahreseinkommen | € |

Der letzte Einkommensteuerbescheid des Finanzamtes ist beigefügt wird nachgereicht

Es wird gebeten, die Entschädigung auf folgendes Konto zu Überweisen:

| | |
|------------------------|--|
| Kontoinhaber/in | |
| Bankinstitut | |
| IBAN | |
| BIC | |

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

Ort, Datum

Unterschrift
