

--

▼ Anschrift der Behörde

--

Zutreffendes ankreuzen!

Ort, Datum		
Sachbearbeiter(in)	Zimmer-Nr.	
Telefon	Durchwahl (Nbst.)	Telefax
E-Mail		
Nr./AZ Bitte stets angeben!		

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

**Die/Der Arbeitnehmer(in)**

Name / Vorname	Geburtsdatum/Geburtsort
Wohnort (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	
beschäftigt	als
<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> vorübergehend
seit	

hat Feuerwehrdienst geleistet

war wegen einer auf den Feuerwehrdienst zurückzuführenden Krankheit arbeitsunfähig

und ist deswegen in den nachstehend genannten Zeiten der Arbeit ohne Anrechnung auf den Tarifurlaub ferngeblieben:

**Feuerwehrdienst**

**Prüfungsvermerke der Gemeinde**

Datum	von	bis	Art des Dienstes	Stunden

**Arbeitsunfähigkeit**

Die Krankheit ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen.

von	bis	Dauer (Tage / Stunden)

Wir versichern die Richtigkeit der im Antrag enthaltenen Angaben und werden evtl. entstandene oder noch entstehende Schadensersatzansprüche gegen Dritte unverzüglich an die Gemeinde abtreten.

Die Erstattung des auf der Rückseite errechneten Betrags wird auf folgendes Konto erbeten:

Konto-Nr.	BLZ
Bankinstitut	

Im Auftrag	Unterschrift
------------	--------------

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!

