

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| F | I | R | M | A |
|---|---|---|---|---|

▼ Anschrift der Behörde

| | | |
|-----------------------------|-------------------|---------|
| 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

| Datum | von | bis | Prüfungsvermerke der Gemeinde |
|-------|-----|-----|-------------------------------|
| | | | Art des Dienstes |
| | | | Stunden |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Arbeitsunfähigkeit

| | | |
|-----|-----|---|
| von | bis | Die Krankheit ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen. |
| | | Dauer (Tage / Stunden) |

BERECHNUNG DER FORTGEWÄHRten LEISTUNGEN

vom Arbeitgeber auzufüllen!

1. Monatsstundenmittel: _____ Stunden

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Tage _____ Stunden

Im letzten Lohn- Gehaltzahlungsabschnitt vor der Dienstleistung
wurden tarif- vertragsgemäß gezahlt als
 Brutto-
Monatslohn Brutto-
Wochenlohn Brutto-
Stundenlohn
 Brutto-
Monatsgehalt

In diesen Bruttobeträgen sind folgende Zulagen enthalten:

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung im gleichen Zeitraum

Sonstige fortgewährte Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

2. Für die Dauer des Feuerwehrdienstes und / oder der Arbeitsunfähigkeit,
das sind

_____ Arbeitstage _____ Arbeitsstunden wurden weiterbezahlt:
 Bruttolohn Bruttogehalt

Arbeitgeberanteile zur gesetzl. Sozial- u. Arbeitslosenversicherung

Sonstige Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

zusammen

Wird von der Gemeinde ausgefüllt!

Gemeinde

PLZ, Ort, Datum

Geschäftszeichen

1. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft und der Erstattungsbetrag auf _____ festgestellt.

2. Auszahlungsanordnung fertigen

3. _____

Unterschrift

Zutreffendes ankreuzen!

Nachdruck, Nachahmung, kopieren und
elektronische Speicherung verboten!

0721

Bestell-Nr. 409 091 2501 402

Teil. 089/374-36-0 Fax 089/374-36-344

service@jungling-verlag.de

Jungling gmbh FACHVERLAG