

## Antrag auf Entschädigung

nach §§ 56 ff des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Name der Firma

Anschrift

<b>1. Persönliche Angaben des betroffenen Mitarbeiters/der betroffenen Mitarbeiterin</b>			
Name Vorname Geburtsdatum Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort			
2. Zeitdauer des Tätigkeitsverbotes oder der Absonderung	vom	bis (einschließlich)	
3. Ort der Absonderung			
4. Schriftliche Bestätigung des Tätigkeitsverbotes	Behörde (Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen)		vom
5.1 Die/Der Betroffene ist tätig als			
5.2 Die/Der Betroffene ist beschäftigt seit			
6. Ist der/die Betroffene Auszubildender/Auszubildende?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (es besteht gemäß § 19 Berufsbildungsgesetz bis zur Dauer von sechs Wochen ein Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung, eine Entschädigung entfällt.)		
7. Der/Die Betroffene hat	<input type="checkbox"/> einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB (eine Entschädigung entfällt) <input type="checkbox"/> keinen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB (dieser Anspruch wurde durch Arbeitsvertrag/Tarifvertrag abgedungen; der maßgebliche Vertrag ist in Kopie beigelegt.)		
8. Während des Tätigkeitsverbotes bestand <u>wegen einer Krankheit</u>	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit (eine Entschädigung entfällt) <input type="checkbox"/> keine Arbeitsunfähigkeit (eine entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse o. ä. ist beigelegt oder wird nachgereicht)		
9. Ersatztätigkeit war	<input type="checkbox"/> erlaubt <input type="checkbox"/> nicht erlaubt		



	<b>Der/Die Betroffene konnte in der Zeit der Absonderung bzw. des Tätigkeitsverbotes in einem anderen Bereich des Unternehmens eingesetzt werden bzw. er/sie konnte unter Beachtung besonderer Schutzmaßnahmen im bisherigen Bereich arbeiten.</b>	<input type="checkbox"/> ja (eine Entschädigung entfällt) <input type="checkbox"/> nein (bitte <u>ausführliche</u> Begründung, warum eine andere Tätigkeit im Unternehmen nicht möglich war, beifügen.)	
<b>10.</b>	<b>Vor Anordnung des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung bestand Versicherungspflicht bei der</b>	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung bei _____ <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung für Arbeiter <input type="checkbox"/> Rentenversicherung für Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung	
<b>11.</b>	<b>Angaben zur Berechnung der Entschädigung</b>		
11.1	<u>Bei Arbeitnehmern</u>		
	Zu zahlendes regelmäßiges Brutto-Arbeitsentgelt während der <b>Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung</b> (siehe 2.)	EUR	
	<b>abzüglich</b>	a) Lohnsteuer	
		b) Kirchensteuer	
		c) Solidaritätszuschlag	
		d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	
	e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	EUR	
	<b>Netto-Arbeitsentgelt</b>	EUR	
<b>zuzüglich</b>	Sozialversicherungsbeiträge des Arbeitgebers	EUR	
	Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen	<input type="checkbox"/> sind beigelegt. <input type="checkbox"/> werden nachgereicht.	
11.2	<u>Bei Heimarbeit</u>		
	Brutto-Arbeitsentgelt während <b>der Zeit des Tätigkeitsverbotes</b> bzw. der Absonderung (siehe 2.)		
	(Berechnet nach dem durchschnittlichen monatlichen Brutto-Arbeitsentgelt im letzten Jahr vor Anordnung des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung)	EUR	
	<b>abzüglich</b>	a) Lohnsteuer	
		b) Kirchensteuer	
		c) Solidaritätszuschlag	
		d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	
		e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	
	<b>Netto-Arbeitsentgelt</b>	EUR	
	<b>zuzüglich</b>	Sozialversicherungsbeiträge des Arbeitgebers	EUR
	Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen	<input type="checkbox"/> sind beigelegt. <input type="checkbox"/> werden nachgereicht.	



11.3	<u>Bei Selbständigen</u> Brutto-Arbeitseinkommen während der <b>Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung</b> (siehe 2.) (Berechnet nach einem Zwölftel des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Jahres-Arbeitseinkommens/§ 15 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)	
	EUR	
	<b>Netto-Jahreseinkommen</b>	
	EUR	
Der letzte Einkommensteuerbescheid des Finanzamtes <input type="checkbox"/> ist beigelegt. <input type="checkbox"/> wird nachgereicht.		

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

Name:	
Funktion in der Firma:	
Telefonnummer:	

**Es wird gebeten, die Verdienstausfallentschädigung auf folgendes Konto zu überweisen:**

Bank	
Kontoinhaberin/Kontoinhaber	
IBAN	

Datum/Unterschrift:

Antrag bitte unterschrieben

per Mail an  
[corona-entschaedigung@lkbra.de](mailto:corona-entschaedigung@lkbra.de)

oder auf dem Postweg an  
Landkreis Wesermarsch  
Fachdienst 91  
Corona Entschädigung  
Poggenburger Str. 15  
26919 Brake