

Eingangsvermerk: \_\_\_\_\_

Bitte senden an:



Gesundheitsamt  
Region Kassel  
Wilhelmshöher Allee 19 - 21  
34117 Kassel

## Antrag auf Verdienstausfallentschädigung nach §§ 56 ff. des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

**Hinweis:** Um sachgerecht über den Erstattungsantrag entscheiden zu können, werden von Ihnen die nachfolgenden Angaben benötigt. Wir bitten sie daher, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben

Ich beantrage Entschädigung nach § 56 IfSG als:

Arbeitgeber/in

Selbstständiger

Arbeitnehmer/in

Heimarbeiter/in

### A. Firma

Name der Firma	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon, Fax	

### B. Persönliche Angaben

Name, Vorname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Geburtsdatum			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	seit:
Anzahl der Kinder		Steuerklasse	
Telefonnummer			

### C. Angaben zum Tätigkeitsverbot bzw. zur Absonderung

Von welcher Stelle wurde das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung angeordnet?			
Inhalt der Anordnung (untersagte Tätigkeit)?			
Bis zur Anordnung ausgeübte Tätigkeit?			
Grund der Anordnung?			
Das Verbot erfolgte	mündlich am (Datum, Uhrzeit)	schriftlich am	letzter Arbeitstag am
Wurde das Verbot bereits aufgehoben?	mündlich am (Datum, Uhrzeit)	schriftlich am	erster Arbeitstag am
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

### D. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

Beruf			
derzeitige Tätigkeit			
beschäftigt seit		beschäftigt als	<input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Auszubildende/r
Das Arbeitsverhältnis	<input type="checkbox"/> besteht weiter <input type="checkbox"/> war befristet bis _____		
Das Arbeitsverhältnis wurde gekündigt / aufgelöst?	<input type="checkbox"/> vom Arbeitgeber <input type="checkbox"/> vom Arbeitnehmer	Kündigung erfolgte am	Kündigung erfolgte zum
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Grund		Kündigungsfrist	

Besteht für den Wirtschaftsbereich, dem die Firma angehört, ein Tarifvertrag oder Manteltarifvertrag?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Tarifvertrag zwischen		
Tarifvertrag vom		
Ist der (Mantel-) Tarifvertrag für allgemeinverbindliche erklärt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ist der (Mantel-) Tarifvertrag für die Firma gültig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Für den/die Arbeitnehmer/in gilt der (Mantel-) Tarifvertrag nicht, weil		

## E. Angaben zur Berechnung der Entschädigung

War der/die Arbeitnehmer/in während des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung arbeitsunfähig erkrankt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von _____ bis _____
Bescheinigung der Krankenkasse oder AU-Bescheinigung	<input type="checkbox"/> ist beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Bestand während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Entgeltfortzahlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von _____ bis _____
Die Entgeltfortzahlung erfolgte nach	<input type="checkbox"/> § 616 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) <input type="checkbox"/> § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG)	
Vorlage Arbeitsvertrag bzw. Tarifvertrag, falls Anspruch hierdurch außer Kraft gesetzt wurde	<input type="checkbox"/> ist beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Entgeltfortzahlung erfolgte in folgender Höhe	Betrag _____ €	

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

### E1. Arbeitnehmer/innen

Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung bei Arbeitnehmer/innen	von _____ bis _____
Zu zahlendes regelmäßiges <b>Brutto Arbeitsentgelt</b> während der Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung <u>abzüglich</u> :	
a) Lohnsteuer	a) _____ €
b) Kirchensteuer	b) _____ €
c) Solidaritätszuschlag	c) _____ €
d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	d) _____ €
e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	e) _____ €
<b>Netto-Arbeitsentgelt</b>	€
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen	<input type="checkbox"/> sind beigelegt <input type="checkbox"/> werden nachgereicht

Anspruch auf Fortzahlung <u>eines Teiles</u> der Vergütung bei Arbeitnehmer/innen	von _____ bis _____
Zu zahlendes regelmäßiges <b>Brutto Arbeitsentgelt</b> während der Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung <u>abzüglich</u> :	
a) Lohnsteuer	a) _____ €
b) Kirchensteuer	b) _____ €
c) Solidaritätszuschlag	c) _____ €
d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	d) _____ €
e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	e) _____ €
<b>Netto-Arbeitsentgelt</b>	€
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen	<input type="checkbox"/> sind beigelegt <input type="checkbox"/> werden nachgereicht

Der Arbeitnehmer ist während des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung anderweitig beschäftigt worden ( <b>Ersatztätigkeit</b> )		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Die Beschäftigung erfolgte als		von _____ bis _____
Zu zahlendes regelmäßiges <b>Brutto Arbeitsentgelt</b> während der Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung <u>abzüglich:</u>		
a) Lohnsteuer		a) _____ €
b) Kirchensteuer		b) _____ €
c) Solidaritätszuschlag		c) _____ €
d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)		d) _____ €
e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung		e) _____ €
<b>Netto-Arbeitsentgelt</b>		€
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen		<input type="checkbox"/> sind beigefügt <input type="checkbox"/> werden nachgereicht

Anspruch auf Gewährung von Sachbezügen (z.B. volle/teilweise Verpflegung, Wohnung)	von _____ bis _____
Art der Sachbezüge	

Kein Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung, weil	
Kein Anspruch auf Gewährung von Sachbezügen, weil	

Ohne das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung hätte der/die Arbeitnehmer/in Anspruch auf			
Kurzarbeitergeld	<input type="checkbox"/> nein	von _____	Betrag _____ €
	<input type="checkbox"/> ja	bis _____	
Winterausfallgeld	<input type="checkbox"/> nein	von _____	Betrag _____ €
	<input type="checkbox"/> ja	bis _____	
Zuschuss-Wintergeld	<input type="checkbox"/> nein	von _____	Betrag _____ €
	<input type="checkbox"/> ja	bis _____	

## E2. Selbständige

Vergütung bei Selbständigen	von _____ bis _____
<b>Brutto Arbeitsentgelt</b> während der Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung (berechnet nach einem Zwölftel des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Jahres-Arbeitseinkommens (§ 15 SGB IV)) <u>abzüglich:</u>	
a) Lohnsteuer	a) _____ €
b) Kirchensteuer	b) _____ €
c) Solidaritätszuschlag	c) _____ €
d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	d) _____ €
e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	e) _____ €
<b>Netto-Arbeitsentgelt</b>	
€	
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen	
<input type="checkbox"/> sind beigefügt <input type="checkbox"/> werden nachgereicht	

### E3. Heimarbeiter/innen

Vergütung bei Heimarbeiter/innen	von _____ bis _____
<b>Brutto Arbeitsentgelt</b> während der Zeit des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung ( berechnet nach dem durchschnittlichen monatlichen Brutto-Arbeitsentgelt im letzten Jahr vor Anordnung des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung) <u>abzüglich:</u>	
a) Lohnsteuer	a) _____ €
b) Kirchensteuer	b) _____ €
c) Solidaritätszuschlag	c) _____ €
d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	d) _____ €
e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	e) _____ €
<b>Netto-Arbeitsentgelt</b>	€
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen	<input type="checkbox"/> sind beigefügt <input type="checkbox"/> werden nachgereicht

### F. Kontoverbindung

Eine zu gewährende Verdienstauffallentschädigung soll auf das folgende Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
Bankinstitut	

**Ich versichere, den vorstehenden Antrag auf Verdienstauffallentschädigung wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben.**

Datum, Unterschrift, ggf. Stempel der Firma