

Firmenstempel / Telefon/ E-Mail

Datum:

Eingangsstempel

**Stadt Wettin-Löbejün
Abteilung Brandschutz
Markt 1
06193 Wettin-Löbejün**

Tel: 034603-757 25

E-Mail: brandschutz-feuerwehr@mail-wl.de

Antrag

auf Erstattung des fortgewährten Arbeitsverdienstes, der Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung sowie sonstiger fortgewährter Leistungen im Zusammenhang mit der Ausbildung, Untersuchungen sowie sonstige Tätigkeiten im Rahmen des Feuerwehrdienstes

Die Erstattung des umseitig errechneten Betrages wird auf das folgende Konto erbeten:

Geldinstitut/Ort _____
IBAN _____
BIC _____

Unvollständig ausgefüllte Anträge werden nicht bearbeitet!

Herr/ Frau

hat vom _____ bis _____ an _____ teilgenommen,

Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft.

Der Erstattungsbetrag wird festgesetzt auf: _____ €

Unterschrift Sachbearbeiter

- Bitte Rückseite beachten -

Berechnung der fortgewährten Leistungen

(Name, Vorname des/der Arbeitnehmers/in)

(Geburtsdatum)

(Anschrift)

Beschäftigt ☐ ständig ☐ vorübergehend seit: als:

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Tage, _____ Stunden

Der/die Arbeitnehmer/in hat während der nachstehend genannten Zeit an einem Termin für die Freiwillige Feuerwehr, ohne Anrechnung auf den Tarifierurlaub, teilgenommen und ihm wurde während dieser Zeit der Arbeitslohn/das Gehalt fortgezahlt:

Vom _____ bis zum _____ = _____ Tage

Lehrgangsbezeichnung/ Einsatzbezeichnung:

1. Für den letzten Lohn- Gehalts- zahlungsabschnitt vor der Ausbildungsveranstaltung wurden vertragsgemäß gezahlt:

- a) ☐ als Brutto-Monatslohn/-gehalt
☐ als Brutto-Wochenlohn/-gehalt
☐ als Brutto-Stundenlohn

anzurechnen

b) Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung im gleichen Zeitraum in %

-

c) Sonstige fortgewährten Leistungen

-

-

-

-

Zusammen

2. Für die Dauer der Ausbildungsveranstaltung/Einsatz wurden fortgezahlt:

Arbeitstage / Arbeitsstunden X Stundenlohn

- Arbeitgeberanteile in % =

- Sonstige fortgew. Leistungen

-

-

Beantragt werden:

gesamt

Ich versichere die Richtigkeit der im Antrag gemachten Angaben:

(Ort Datum)

(Unterschrift des Arbeitgebers)