

Antrag auf Entschädigung bei Verdienstaussfall nach §§ 56 ff Infektionsschutzgesetz (IfSG) -Antrag für Arbeitgeber(innen)-

Antragsteller(in)

Name der Firma		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
Ansprechperson	Telefon	E-Mail

1. Persönliche Daten des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin, für die/den eine Verdienstaussfallentschädigung nach § 56 IfSG gezahlt wurde

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
Ausgeübte Tätigkeit	
Ist der/die Betroffene Auszubildender/Auszubildende? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <small>(Es besteht gemäß § 19 Berufsbildungsgesetz bis zur Dauer von sechs Wochen ein Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung.)</small>	

2. Grund für die Verdienstaussfallzeit

<input type="checkbox"/> Absonderung gem. § 30 IfSG		
Ort der Absonderung		
Zeitraum der Absonderung	vom	bis zum
Anzahl der Tage	Anordnende Behörde (Kopie des Anordnungsbescheides und der Aufhebung bitte beifügen.)	

<input type="checkbox"/> Tätigkeitsverbot gem. § 31 IfSG		
Zeitraum des Tätigkeitsverbot	vom	bis zum
Anzahl der Tage	Anordnende Behörde (Kopie des Anordnungsbescheides und der Aufhebung bitte beifügen.)	

<input type="checkbox"/> Betreuung			
Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben <u>oder</u> eine Behinderung haben und auf Hilfe angewiesen sind:			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja	Name	Geburtsdatum	Name und Anschrift der Betreuungseinrichtungen bzw. Schulen
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Zeitraum der Betreuung			vom <input type="text"/> bis zum <input type="text"/>

Anzahl der Tage	davon Zeitraum und Anzahl der Schulferttage
Beizufügende Unterlagen bei Antragstellung aufgrund § 56 Abs. 1a IfSG (Betreuung): <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis/Begründung bzgl. fehlender zumutbarer Betreuungsmöglichkeiten - Ggf. Nachweis hinsichtlich bestehender Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII - Ggf. Nachweis hinsichtlich einer Behinderung des zu betreuenden Kindes (z.B. nach SGB IX) - Bestand nach Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V 	

3. Verdienstaussfall

Der/die Arbeitnehmer/in hat	<input type="checkbox"/> einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB
	<input type="checkbox"/> keinen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB
<small>(Dieser Anspruch wurde durch Arbeitsvertrag/Tarifvertrag abgedungen; der maßgebliche Vertrag ist in Kopie beigefügt.)</small>	
Der unter 2. genannte Grund war die Ursache für den Verdienstaussfall. <input type="checkbox"/>	
Das Arbeitsverhältnis	<input type="checkbox"/> besteht fort.
	<input type="checkbox"/> endet bzw. wird beendet zum _____
Während bzw. zu Beginn des Verdienstaussfalls bestand wegen einer Krankheit	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit	
<input type="checkbox"/> keine Arbeitsunfähigkeit	
<small>(Eine entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse ist beizufügen.)</small>	
Möglichkeit zur Arbeit im Homeoffice?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Möglichkeit der Inanspruchnahme eines betrieblichen Zeitkontos?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat der/die Arbeitnehmer/in während der Dauer der behördlichen Maßnahmen Urlaub in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Angaben zur Berechnung des Verdienstaussfalls

Brutto-Arbeitsentgelt während der Zeit der Abwesenheit	EUR
abzüglich	
- Lohnsteuer	EUR
- Kirchensteuer	EUR
- Solidaritätszuschlag	EUR
- Krankenversicherungsbeitrag	EUR
- Rentenversicherungsbeitrag	EUR
- Arbeitslosenversicherungsbeitrag	EUR
- Pflegeversicherungsbeitrag	EUR
Netto-Arbeitsentgelt	EUR
Hätte ohne Verdienstaussfall ein Anspruch auf Kurzarbeitergeld bestanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, in welcher Höhe?	EUR
Verbleibt für die Verdienstaussfallzeit ein Anteil des Arbeitsentgelts? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, in welcher Höhe?	EUR
Wurden Zuschüsse des Arbeitgebers für den Zeitraum der Verdienstaussfallzeit gezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, in welcher Höhe?	EUR
Wurde ein Arbeitsentgelt aus einer Ersatztätigkeit erzielt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, in welcher Höhe?	EUR

5. Gezahlte Beiträge zur Sozialversicherung (Arbeitgeberanteil)

Arbeitgeberanteil zur		
-	Krankenversicherung	EUR
-	Rentenversicherung	EUR
-	Arbeitslosenversicherung	EUR
-	Pflegeversicherung	EUR
-	Sonstige Beiträge zur sozialen Sicherung	EUR
-	Bitte benennen	EUR
Summe Arbeitgeberanteile		EUR
Gesamtbetrag (Bruttoentgelt zzgl. Arbeitgeberanteile)		EUR
(Entsprechende Nachweise, bzw. Lohnbescheinigungen, Lohnabrechnungen sind beizufügen.)		

Hinweis:

Der Entschädigungsanspruch nach § 56 Abs. 1 a IfSG ist auf einen Zeitraum von längstens sechs Wochen und der Höhe nach auf 67% des dem erwerbstätigen Sorgeberechtigten entstandenen Verdienstauffalls begrenzt. Der Höchstbetrag für einen vollen Monat beträgt 2.016,00 EUR.

6. Datenschutz

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen des Antrags auf Entschädigung nach § 56 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in der jeweiligen gültigen Fassung. Die Erhebung von personenbezogenen Daten ist Voraussetzung für die Aufgabenerfüllung und die Bearbeitung Ihres Antrags auf Entschädigung. Eine Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt nur im Rahmen der Antragstellung nach § 56 IfSG. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der Landkreis Oldenburg, Delmenhorster Straße 6, 27793 Wildeshausen. Die personenbezogenen Daten werden gelöscht, wenn diese zur Erfüllung der Aufgaben nicht mehr benötigt werden. Sie haben gegenüber dem Verantwortlichen ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), gegebenenfalls einen Anspruch auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO). Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten (Art. 17 DSGVO) oder das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO) zu. Sie haben auch ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Zudem haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 21 DSGVO). Durch die Übersendung der Daten willigen Sie in die Verarbeitung ein. Sie können die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt bestehen. Ihnen steht zur Gewährleistung einer fairen und transparenten Verarbeitung der Daten gegebenenfalls ein Beschwerderecht (Art. 57 Abs. 1 f) DSGVO) bei folgenden Stelle zu: Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen (Prinzenstraße 5, 30159 Hannover). Ist beabsichtigt, die personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.

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

Es wird gebeten, die Verdienstauffallentschädigung auf folgendes Konto zu überweisen:

Institut	
IBAN	BIC

Datum, Unterschrift