

Name, Vorname, Firma		Datum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Telefon
Bankverbindung: IBAN		Geldinstitut, BIC

**Stadt Krefeld
Feuerwehr und Zivilschutz
Zur Feuerwache 4**

47805 Krefeld

**Antrag
auf Erstattung des fortgewährten Arbeitsverdienstes, der Beiträge zur Sozial- und
Arbeitslosenversicherung sowie sonstiger fortgewährter Leistungen**

Arbeitnehmer (Name, Vorname)		Wohnort/Straße/Hausnummer		
Geburtsdatum	Dienst-/Berufsbezeichnung		<input type="checkbox"/> teilbeschäftigt <input type="checkbox"/> vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> aushilfsbeschäftigt	
<input type="checkbox"/> Lohn <input type="checkbox"/> Gehalt:		wurde bei Beurlaubung - ohne Anrechnung auf den Tarifurlaub - zu folgender Veranstaltung fortgezahlt		
am/vom (Datum)	bis (Datum)	von (Uhrzeit)	bis (Uhrzeit)	Bezeichnung der Veranstaltung/des Lehrganges/des Einsatzes:
Arbeitszeit gem. Vertrag				
Stunden wöchentl.:		Arbeitszeit Beginn:	Uhr	
Tage wöchentlich:		Arbeitszeit Ende:	Uhr	
An <input type="checkbox"/> Lohn <input type="checkbox"/> Gehalt (incl. Leistungen gem. Ziffer 1.a) - r) des Merkblattes) wurden für die Woche/den Monat vom _____ bis _____ vertragsgemäß gezahlt: EUR*				

Es wird um Erstattung der fortgewährten Leistungen für die Zeit des Arbeitsausfalles gebeten:

_____ EUR Monats-/ Wochenlohn

: durch _____ Monats-/ Wochenstunden (Wochenstunden x 4,348 = Monatsstunden)

= _____ EUR x _____ Ausfallstunden

= _____ EUR

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Leistungen nach Ziffer 2. a) - l) des Merkblattes sind in o. g. Summe nicht enthalten. Ich versichere, dass unser Unternehmen nicht zum öffentlichen Dienst gehört und auch aus tarifrechtlichen Gründen nicht als öffentlicher Dienst anzusehen ist.

_____ Firmenstempel / Unterschrift	
(nicht vom Antragsteller auszufüllen)	Die feststellende bzw. anordnende Stelle
Die/der Vorgenannte hat an der Veranstaltung nach dem BHKG vom _____ bis _____ teilgenommen.	Sachlich und rechtersich richtig
_____ (Stempel/Unterschrift)	