

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/der Vorgenannte hat an der Veranstaltung nach dem BHKG vom _____ bis _____ teilgenommen. _____ (Stempel/Unterschrift)	Die feststellende bzw. anordnende Stelle <p align="center">Sachlich und rechtersich richtig</p>