

Absender

_____, _____
Ort, Datum

Verbandsgemeindeverwaltung
Bitburger Land
Abteilug 2
Hubert-Prim-Str. 7
54634 Bitburg

Antrag auf Erstattung fortgewährter Leistungen gemäß § 13 Abs.2 Satz 2 LBKG

Der Feuerwehrangehörige _____ geb. am _____
wohnhaf _____, in meinem/unserem Betrieb
ständig/vorübergehend beschäftigt seit _____, z.Zt. beschäftigt im
Angestelltenverhältnis/Arbeitsverhältnis als _____ wurde aus Anlass seiner
Heranziehung zum Lehrgang/zur Ausbildung/zum Einsatz/zur Übung in _____
am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr
vom _____ bis _____ (bei Heranziehung über mehrere Tage)
unter Fortzahlung seines Gehaltes/Lohnes beurlaubt.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden an _____ Tagen,
davon samstags _____ Stunden.

Ich/Wir zahlte(n) für den letzten Gehalts-/Lohn-Zahlungsabschnitt vor der Heranziehung
vertragsmäßig vom _____ bis _____

Monatslohn _____ €
Wochenlohn _____ €
Stundenlohn à _____ €

Gehalt/Lohn in Höhe von _____ €

Überstunden in Höhe von _____ €

Zwischensumme _____ €

Sonstige vertragliche Leistungen (einzeln spezifizieren)

_____ €
_____ €
_____ €

Arbeitgeber-Anteile zur Sozialversicherung
(Renten-Kranken-und Arbeitslosenversicherung)

v.H des beitragspflichtigen Lohnes/Gehalts in Höhe von _____ € _____ €

insgesamt _____ €

Ich/Wir beantrage(n) hiermit die Erstattung folgender Leistungen:

a) des für die Dauer des Arbeitsausfalles weitergezahlten Gehalts/Lohnes für

_____ Woche(n) nur bei Gehaltsempfängerin im Angestelltenverhältnis:
Zur Ermittlung eines Wochenlohnes ist der Monatslohn durch 4,348 zu teilen

_____ Tage nur bei Gehaltsempängern im Angestelltenverhältnis:
Der Erstattungsbetrag ist vom ermittelten Wochenlohnes auf die tatsächlichen Tage der Heranziehung zu berechnen

_____ Stunden nur bei Lohnempfängern im Arbeitsverhältnis

b) regelmäßige Überstunden (soweit bisher üblich)
anteilmäßig auf die tatsächliche Zeit der Heranziehung

c) sonstige vertragliche Leistungen
anteilmäßig auf die tatsächliche Zeit der Heranziehung
(einzeln spezifizieren)

_____ €
_____ €
_____ €

d) Arbeitgeber-Anteile zur Sozialversicherung (_____ v.H. von _____ €)

Gesamtbetrag des Erstattungsantrages: _____ €

Ich/Wir bitte(n) um Überweisung des zu erstattenden Betrages auf mein/unser Konto

IBAN: _____
BIC: _____
Bank: _____
Verwendungszweck: _____

Ich/Wir versichere(n) die Richtigkeit der Angaben.

(Firmenstempel und Unterschrift)