

Absender:

Ort, Datum

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Antrag auf Erstattung fortgewährter Leistungen im Zusammenhang mit dem Feuerwehrdienst
(Art. 9 Abs. 1 Satz 4, Art. 10 BayFwG)

DIE ARBEITNEHMERIN / DER ARBEITNEHMER*

Name, Vorname		Geburtsdatum und -ort	
Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			
Beschäftigt	als	seit	

- ☐ hat Feuerwehrdienst geleistet
- ☐ war wegen einer auf den Feuerwehrdienst zurückzuführenden Krankheit arbeitsunfähig und ist deswegen in den nachstehend genannten Zeiten der Arbeit ohne Anrechnung auf den Tarifurlaub ferngeblieben:

Feuerwehrdienst

für die Feuerwehr _____

am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

Bestätigung Kommandant

Name: _____

Unterschrift

Arbeitsunfähigkeit vom _____ bis _____

Wir versichern die Richtigkeit der im Antrag enthaltenen Angaben und werden evtl. entstandene oder noch entstehende Schadensersatzansprüche gegen Dritte (Art. 10 Satz 2 BayFwG) unverzüglich an die Gemeinde abtreten.

Die Erstattung des auf der Rückseite errechneten Betrags wird auf folgendes Konto erbeten:

IBAN:

Kreditinstitut:

Unterschrift

Firmenstempel

BERECHNUNG DER FORTGEWÄHRTEN LEISTUNGEN
(vom Arbeitgeber auszufüllen)

1. Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Tage und _____ Stunden.

Im letzten Lohn- bzw. Gehaltszahlungsabschnitt wurden tarif- bzw. vertragsgemäß gezahlt als

☐ Brutto-Monatslohn/-gehalt ☐ Brutto-Wochenlohn ☐ Brutto-Stundenlohn _____ €

In diesen Bruttobeträgen sind folgende Zulagen enthalten:

_____ €

_____ €

_____ €

AG-Anteile zur gesetzlichen SV- und Arbeitslosenversicherung im gleichen Zeitraum _____ €

Sonstige fortgewährte Leistungen (ggf. separat erläutern)

_____ €

_____ €

2. Für die Dauer des Feuerwehrdienstes und/oder der Arbeitsunfähigkeit, das sind

_____ Arbeitstage und _____ Arbeitsstunden wurden weiterbezahlt:

Bruttolohn/-gehalt _____ €

AG-Anteile zur gesetzlichen SV- und Arbeitslosenversicherung im gleichen Zeitraum _____ €

Sonstige Leistungen (ggf. separat erläutern)

_____ €

_____ €

Erstattungsbetrag _____ €

Wird von der Stadt Ingolstadt ausgefüllt!

Ingolstadt, _____

Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft.

Die Erstattung erfolgt ☐ in Höhe des Antrags ☐ in Höhe von _____ €.

Unterschrift
SachbearbeiterIn Verwaltung