



Firma

PLZ, Ort, Datum

 Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen
 (Frei für Einlaufstempel der Gemeinde)

An Gemeinde

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

DER ARBEITNEHMER

Name, Vorname		Geburtsdatum und -ort	
Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			
Beschäftigt <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> vorübergehend	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	PRÜFUNGSVERMERKE DER GEMEINDE Feuerwehrdienstleistung
am.....von.....Uhr bis.....Uhr	am.....von.....Uhr bis.....Uhr =.....Std.
Art des Dienstes:	
am.....von.....Uhr bis.....Uhr	am.....von.....Uhr bis.....Uhr =.....Std.
Art des Dienstes	
am.....von.....Uhr bis.....Uhr	am.....von.....Uhr bis.....Uhr =.....Std.
Art des Dienstes	_____

Arbeitsunfähigkeit	
vom.....bis.....	Die Krankheit vombis..... ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen =.....Tage/Std.

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

Die Erstattung des auf der Rückseite errechneten Betrags wird auf folgende Konten erbeten:

IBAN	bei	BIC
------	-----	-----

(Firmenstempel)

Unterschrift

.....

BERECHNUNG DER FORTGEWÄHRTEN LEISTUNGEN

(vom Arbeitgeber auszufüllen)

1. Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgtTageStunden

Im letzten Lohn- Gehaltszahlungsabschnitt vor der Dienstleistung

Wurden tarif- vertragsgemäß gezahlt als

Brutto-Monatslohn Brutto-Wochenlohn Brutto-Stundenlohn € _____

Brutto-Monatsgehalt € _____

In diesen Bruttobeträgen sind folgende Zulagen enthalten:

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung im gleichen Zeitraum € _____

Sonstige fortgewährte Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

_____ € _____

_____ € _____

Prüfungsvermerke der Gemeinde
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____

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

.....ArbeitstageArbeitsstunden wurden weiterbezahlt:

Bruttolohn Bruttogehalt € _____

Arbeitgeberanteile zur gesetzl. Sozial. u. Arbeitslosenvers. € _____

Sonstige Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

zusammen € _____

€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____

Wird von der Gemeinde ausgefüllt

Gemeinde _____ PLZ, Ort, Datum _____

Geschäftszeiten _____

1. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft und der Erstattungsbetrag auf €festgestellt.

2. Auszahlungsanordnung fertigen

3.

Unterschrift
.....