



Bitte vorrangig per E- Mail an: EntschaedigunglfSG@landkreis-ludwigsburg.de

oder in Papierform an:

Landratsamt Ludwigsburg
Dezernat Gesundheit und Verbraucherschutz
Hindenburgstraße 20/1
71638 Ludwigsburg

Antrag auf Verdienstauffallentschädigung nach §§ 56 ff des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Wichtiger Hinweis: Bitte beachten Sie das Merkblatt für die Zahlung von Verdienstauffallentschädigungen bzw. Erstattung an den Arbeitgeber nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG).

1. Angaben zum Arbeitgeber

Name der Firma: _____
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl Ort: _____
Name des Ansprechpartners: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____

Ich beantrage Entschädigung nach § 56 IfSG als

- Arbeitgeber
- Selbstständige/Selbstständiger
- Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer

2. Absonderung

Zeitdauer der Absonderung

vom _____ bis (einschließlich) _____

2.1. Angaben zur Person für die eine Entschädigung beantragt wird (von der Quarantäne betroffene Person)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl Ort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____

Anordnende Behörde (Name, Adresse):

(Bitte fügen Sie eine Kopie der Anordnung der Absonderung bei.)

Die/Der Betroffene ist tätig als:

(Genaue Bezeichnung)

Die/Der Betroffene ist Auszubildende/r im Sinne von § 10 Berufsbildungsgesetz

- Ja
- Nein

Die/Der Betroffene ist beschäftigt seit: _____

Beschäftigungsort:

Name des Betriebs: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl Ort: _____

Die/Der Betroffene hat einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB (vorübergehende Verhinderung):

- Ja
- Nein (*Regelung des Arbeits- oder des Tarifvertrages bitte als Nachweis beifügen*)

Ein Arbeiten von Zuhause war während der Dauer der Absonderung nicht möglich, aufgrund

- der Art der ausgeübten Tätigkeit (z.B.: Bäcker)

Begründung:

- fehlender Ausstattung mit mobilen Geräten

Begründung:

Vor der Anordnung der Absonderung bestand eine Versicherungspflicht bei der (*Bitte tragen Sie jeweils den entsprechenden Namen und - sofern bekannt - die Adresse ein*)

Krankenversicherung: _____

Pflegeversicherung: _____

Rentenversicherung Bund: _____

Rentenversicherung Land: _____

Arbeitslosenversicherung: _____

Die/Der Betroffene ist zur finanziellen Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit privat versichert (z.B. Berufsausfallversicherung, Krankenhaustagegeld, Krankengeldzusatzversicherung)

- Ja *(Bitte fügen Sie entsprechende Versicherungsverträge bei)*
- Nein

2.2. Während der Dauer der Absonderung bestand wegen einer Krankheit

- Arbeitsunfähigkeit *(Bitte fügen Sie eine entsprechende Bescheinigung der gesetzlichen Krankenkasse, ein Attest des behandelnden Arztes o. ä. bei)*
- keine Arbeitsunfähigkeit

3. Höhe des Verdienstaufalls

3.1. Arbeitnehmer/Arbeitgeber

(Hinweis: Selbständige beantworten hierzu bitte die Fragen unter 3.2.)

Erfolgte eine Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber?

Falls zutreffend: Eine Fortzahlung der Vergütung durch den Arbeitgeber erfolgte vom _____ bis _____ in Höhe von: _____ EUR

Soweit Sie als Arbeitgeber Erstattung verlangen, fügen Sie bitte einen entsprechenden Lohnzahlungsnachweis bei.

Falls nicht zutreffend:

Während der Absonderung ist ein Netto-Verdienstaufall in folgender Höhe entstanden: _____ EUR

Monatliches Netto-Arbeitsentgelt bei regelmäßiger Arbeitszeit: _____ EUR

(Bitte fügen Sie die Lohn- bzw. Gehaltsbescheinigungen der letzten drei Monate bei)

Der Arbeitnehmer hat in dem maßgebenden Zeitraum Kurzarbeiter- oder Arbeitslosengeld bezogen:

- Ja *(Bitte fügen Sie entsprechende Belege bei)*
- Nein

3.2. Selbständige

Während der Dauer der Absonderung ist ein Netto-Verdienstaufall in folgender Höhe

entstanden: _____EUR

(Hinweis: Zur Berechnung siehe unter Monatliches Netto-Arbeitsentgelt bei regelmäßiger Arbeitszeit).

Monatliches Netto-Arbeitsentgelt bei regelmäßiger Arbeitszeit: _____EUR

(Das durchschnittliche Netto-Arbeitsentgelt pro Monat berechnet sich nach einem Zwölftel des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Jahres-Arbeitseinkommen, § 15 SGB IV. Bitte fügen Sie eine entsprechende Bescheinigung des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Arbeitseinkommens bei, z.B. einen Einkommenssteuerbescheid).

Während der Dauer der Absonderung mussten folgende Steuern und laufende Ausgaben zur sozialen Sicherung monatlich erbracht werden (z.B. Kranken-, Renten- und Lebensversicherung):

(Bitte verwenden Sie gegebenenfalls ein separates Beiblatt und fügen entsprechende Belege bei)

Es besteht eine Existenzgefährdung, in deren Zusammenhang ich folgende Mehraufwendungen geltend mache:

(Bitte begründen Sie das Bestehen einer Existenzgefährdung ausführlich und verwenden Sie gegebenenfalls ein separates Beiblatt. Bitte fügen Sie entsprechende Belege bei)

Mir sind während der Dauer der Absonderung weiterlaufende nicht gedeckte Betriebsausgaben in Höhe von _____EUR entstanden:

(Bitte fügen Sie entsprechende Belege bei)

4. Bankverbindung für eine Entschädigungszahlung

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____