

An:

Stadtverwaltung Werdau  
FD Feuerwehr/Katastrophenschutz  
Markt 10-18  
08412 Werdau

Tel.: +49 3761 594 323  
Fax: +49 3761 594 333  
E-Mail: fachbereich3@werdau.de

## Antrag

### auf Erstattung von Verdienstaussfall im Feuerwehrdienst

#### Antragsteller

Unternehmen \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

#### Beschäftigter des Antragstellers

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

#### Art des Feuerwehrdienstes

Dienstort \_\_\_\_\_

Dienstort \_\_\_\_\_

Beginn (Datum, Uhrzeit) \_\_\_\_\_

Ende (Datum, Uhrzeit) \_\_\_\_\_

#### Verdienstaussfall

Beginn (Datum, Uhrzeit) \_\_\_\_\_

Ende (Datum, Uhrzeit) \_\_\_\_\_

Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die der Verdienstaussfall beantragt wird

\_\_\_\_\_ Tage \_\_\_\_\_ Stunden

**Bankverbindung**

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

**Bestätigung des Leiters der Feuerwehr / des Einsatzleiters**

Der Beschäftigte des Antragstellers hat an dem im unter „Art des Feuerwehrdienstes“ bezeichneten Feuerwehrdienst teilgenommen (entfällt bei anderweitigem Nachweis).

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

**Verdienstausfallberechnung und Verdienstaussfallbescheinigung**

Der unter „Beschäftigter des Antragstellers“ benannte ist Beschäftigter des Antragsstellers. Der Verdienstaussfall berechnet sich an der unter „Verdienstausfall“ benannten Zeit.

<i>Leistung</i>	<i>Betrag (in EUR)</i>
Bruttoarbeitsverdienst	_____
Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung	_____
_____	_____
_____	_____
<i>sonstige fortgewährte Leistungen</i>	
_____	_____
_____	_____
Gesamt	_____

Die Richtigkeit der Angaben wird versichert.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Stempel und Unterschrift des Antragstellers