

Alle Felder mit einem \* sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Absender

Landesdirektion Sachsen  
Referat 21  
Altchemnitzer Str. 41  
09120 Chemnitz

## Antrag auf Erstattung von Arbeitgeberaufwendungen

gemäß § 56 Infektionsschutzgesetz  
(IfSG)

<b>1. Angaben zum Arbeitnehmer *</b>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
<b>Anschrift:</b>	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ	Ort
Beruf *	derzeitige Tätigkeit
<b>Beschäftigungsverhältnis:</b>	
Beginn *	Beendigung
Befristung: <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet	
<b>2. Angaben zum Arbeitgeber *</b>	
Name/Bezeichnung	
<b>Anschrift:</b>	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ	Ort

### 3. Tätigkeitsverbot

Das Tätigkeitsverbot wurde angeordnet vom Gesundheitsamt:

Bezeichnung \*

Tätigkeitsverbot seit \*

Aufhebung des Verbots ab \*

(Bitte Kopien der Bescheide über das Tätigkeitsverbot bzw. dessen Aufhebung beifügen)

#### Krankschreibung:

War der Arbeitnehmer während des Tätigkeitsverbotes krank geschrieben?

Ja  Nein

Falls Ja:

vom

bis

(Bitte Krankenschein als Kopie beifügen)

### 4. Krankenkasse \*

Der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:

Name der Krankenkasse

#### Anschrift:

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

### 5. Tarifvertrag/Regelung für die Entgeltfortzahlung

Besteht für den Wirtschaftsbereich, dem der Betrieb angehört, ein Tarifvertrag bzw. ein Manteltarifvertrag?

Ja  Nein

Falls Ja:

Tarifvertrag zwischen/vom

Bitte fügen Sie einen Auszug über die Regelung für die Entgeltfortzahlung bei Arbeitsausfall, Arbeitsverhinderung, Tätigkeitsverbot und Freistellung von der Arbeit (nicht nur Krankheitsfall) als Kopie bei.

## 6. Versicherung

Besteht für den Betrieb eine Seuchenversicherung?

Ja  Nein

Falls Ja:

Name der Versicherung

**Anschrift:**

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

Wurde eine Entschädigung gezahlt?

Ja  Nein

## 7. Beschäftigung während des Tätigkeitsverbotes

War der Arbeitnehmer während des Tätigkeitsverbotes innerhalb des Betriebes anderweitig beschäftigt?

Ja  Nein

Falls Ja:

vom  bis  daraus erzielt  
Nettoeinkommen  EUR

Falls Nein:

Begründung erforderlich, da Erstattungsanspruch davon abhängig ist

Der Arbeitgeber hat alle Anstrengungen zu unternehmen, dass auf Grund von Maßnahmen nach IfSG (Tätigkeitsverbote) Lohnausfälle zu vermeiden sind.

## 8. Beschäftigte im Betrieb

Anzahl der Beschäftigten im Betrieb:

## 9. Lohn- und Gehaltsabrechnungen

Lohn- oder Gehaltsabrechnungen bitte als Kopie beifügen.

Lohn- und Gehaltsabrechnung des Monats, in dem das Tätigkeitsverbot vorlag sowie der Abrechnungen der letzten drei Monate vor der Erteilung des Verbotes.

Alle Felder mit einem \* sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

## 10. Erstattung Verdienstaufschlag

Die Erstattung des Verdienstaufschlages für die Zeit des Tätigkeitsverbotes vom\*  bis\*   
wird einschließlich der auf die Entschädigung anfallenden Beiträge zur Rentenversicherung geltend gemacht.

### Aufstellung des Verdienstes, der für die Zeit des Tätigkeitsverbotes als Lohnfortzahlung gezahlt wurde:

Bruttoentgelt*	<input type="text"/>	EUR
davon gesetzliche Abzüge:		
Lohnsteuer*	<input type="text"/>	EUR
Beitrag KV*	<input type="text"/>	EUR
Beitrag AV*	<input type="text"/>	EUR
Beitrag RV*	<input type="text"/>	EUR
Beitrag PV*	<input type="text"/>	EUR
Solidaritätszuschlag*	<input type="text"/>	EUR
Sonstiges	<input type="text"/>	EUR
<b>Nettoarbeitsentgelt:</b>	<input type="text"/>	<b>EUR</b>

## 11. Bankverbindung für Erstattungszahlung

Die Überweisung der Entschädigung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name und Ort der Bank \*

IBAN: \*

## Hinweise

### Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link [www.lids.sachsen.de/datenschutz](http://www.lids.sachsen.de/datenschutz) sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Hiermit wird versichert, dass die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht worden sind.

Ort \*

Datum \*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift