

Firma

Zutreffendes bitte ankreuzen X oder ausfüllen

Markt Wellheim
 Marktplatz 2
 91809 Wellheim

Eingangsstempel Stadt	Eingangsstempel FF
-----------------------	--------------------

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

I. Der Arbeitnehmer

Vorname, Familienname	Geburtsdatum	Anschrift
<input type="checkbox"/> ständig beschäftigt <input type="checkbox"/> vorübergehend beschäftigt	seit	als

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

am:

von bis Uhr

Arbeitsunfähigkeit

von bis

Prüfungsvermerke

Art des Dienstes

am:

von bis Uhr = Std.

Die Arbeitsunfähigkeit

vom bis = Tage/Std.

ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen.

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

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

Kontonummer	bei	Bankleitzahl
-------------	-----	--------------

..... Firmenstempel Datum Unterschrift

II. Bestätigungsvermerk Freiwillige Feuerwehr:

Einsatznummer, -art: sachlich richtig Datum, Unterschrift des Kommandanten

III. Berechnung der fortgewährten Leistungen (vom Arbeitgeber auszufüllen)

1. Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt **Tage** **Std.**

Im letzten Lohn- bzw. Gehaltszahlungsabschnitt vor der Dienstleistung
wurden tarif- bzw. vertragsgemäß gezahlt als
 Brutto- Brutto- Brutto- Brutto-
monatslohn wochenlohn stundenlohn monatsgehalt

In diesen Bruttobeträgen sind folgende Zulagen enthalten:

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung

Sonstige fortgewährte Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

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

das sind Arbeitstage Arbeitsstunden wurden weiterbezahlt

Brutto**lohn** Brutto**gehalt**

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung

Sonstige Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

Gesamtbetrag _____

Prüfungsvermerke Ordnungsamt
Die monatl. Arbeitszeit beträgt: Std
Stundenlohn (Brutto) €
€ €
€ €
€ €
€ €
%
€ €
€ €
€ €
€ €
Gesamtbetrag _____ € € _____

Wird von der Gemeinde ausgefüllt

Markt Wellheim

I. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft.
Der Erstattungsbetrag wird festgestellt auf €

II. Zur Auszahlung angeordnet

Wellheim,

Rechnerisch richtig:

.....
Unterschrift Anordnungsbefugter

.....
Datum, Unterschrift