

An den Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Amt für Soziales Entschädigungsrecht 48133 Münster	Geschäftszeichen 63-	Eingangsstempel	
	Zutreffendes bitte ankreuzen		<input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen!

Antrag
auf Erstattung von Arbeitgeberaufwendungen nach den §§ 56 und 57 des
Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

WICHTIGE HINWEISE
Um sachgerecht über Ihren Erstattungsantrag nach dem Infektionsschutzgesetz entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – auszufüllen. Bitte beachten Sie die diesem Antrag beigefügten Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

1	Angaben zum Arbeitgeber				
	Name, Anschrift (ggf. abweichende Anschrift der Betriebsstätte)				Tel.:
	Kontoverbindung (Bank, BLZ, Kontonummer)				Fax:
2	Angaben zur Person, für die eine Entschädigung beantragt wird				
	Name – Geburtsname	Vorname	Geburtsdatum	Zahl der Kinder	Steuerklasse
	Familienstand seit <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden				
	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt Straße, Hausnummer				
	PLZ	Wohnort		Telefon-Nr.:	
3	Angaben zur beruflichen Tätigkeit				
	3.1 Beruf Schulbildung	<input type="checkbox"/> gelernt <input type="checkbox"/> angelernt <input type="checkbox"/> ungelernt		Derzeitige Tätigkeit	
		hier beschäftigt seit:		<input type="checkbox"/> Arbeiter/in	<input type="checkbox"/> Angestellte/r

3.2	Das Arbeitsverhältnis	<input type="checkbox"/> besteht weiter		<input type="checkbox"/> war befristet bis	
	Das Arbeitsverhältnis wurde gekündigt/aufgelöst	<input type="checkbox"/> vom Arbeitgeber <input type="checkbox"/> vom Arbeitnehmer	Kündigung erfolgte am	Kündigung erfolgte zum	maßgebliche Kündigungsfrist
	Kündigungs- bzw. Auflösungsgrund?				
3.3	Besteht für den Wirtschaftsbereich, dem der Betrieb/die Firma angehört, ein Tarifvertrag oder Manteltarifvertrag?				
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Tarifvertrag zwischen		Tarifvertrag vom	
	Ist der (Mantel-) Tarifvertrag für allgemeinverbindlich erklärt worden?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Ist der (Mantel-) Tarifvertrag für den Betrieb gültig?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Ist § 616 BGB im Tarifvertrag abgedungen? (Falls ja, Bitte fügen Sie bitte einen Auszug aus dem Tarifvertrag bezüglich der Regelungen zu § 616 BGB bei).			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Für den Arbeitnehmer gilt der o.a. (Mantel-) Tarifvertrag nicht, weil				
4 Angaben zum Tätigkeitsverbot					
4.1	Von welcher Stelle wurde das Tätigkeitsverbot angeordnet (Name, Anschrift, AZ ggf. Ordnungsverfügung beifügen)?				
4.2	Das Verbot erfolgte	mündlich (Datum, Uhrzeit)	schriftlich am	letzter Arbeitstag am	
4.3	Wurde das Verbot bereits aufgehoben?				
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	mündlich am	schriftlich am	erster Arbeitstag am	
5 Angaben zur Berechnung der Entschädigung					
5.1	Während des Tätigkeitsverbots hat der Arbeitnehmer				
	Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung	von	bis	in Höhe von	
				brutto	_____ Euro
				netto	_____ Euro
	Anspruch auf Fortzahlung eines Teiles der Vergütung	von	bis	in Höhe von	
				brutto	_____ Euro
				netto	_____ Euro
	Anspruch auf Gewährung von Sachbezügen (z.B. volle/teilweise Verpflegung, Wohnung)	von	bis	(Art der Sachbezüge)	
	keinen Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung, weil				
	keinen Anspruch auf Gewährung von Sachbezügen, weil				

5.2	Der Arbeitnehmer ist während des Tätigkeitsverbots				
	anderweitig beschäftigt worden als	von	daraus erzielt		
			Bruttoentgelt	_____	Euro
	bis		Nettoentgelt	_____	Euro
	nicht anderweitig beschäftigt worden, weil				
5.3	Ohne das Tätigkeitsverbot hätte der Arbeitnehmer Anspruch auf				
	Kurzarbeitergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis	Betrag _____ Euro
	Winterausfallgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis	Betrag _____ Euro
	Zuschuss-Wintergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis	Betrag _____ Euro
5.4	Der Arbeitnehmer war während des Tätigkeitsverbots				
	arbeitsunfähig krank	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von		bis
	mit Anspruch auf Leistungen (z.B. Krankengeld, Entgeltfortzahlung)				
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis	Betrag _____	Euro
5.5	Im Abrechnungszeitraum (der letzten 3 Monate) betrug das Brutto-Arbeitsentgelt				
		Betrag _____ Euro	vereinbarte Arbeitszeit	Überstundenzahl	Überstundenvergütung
	von - bis				
	von - bis				
	von - bis				
	wurde dem Arbeitnehmer der Jahresurlaub – ggf. teilweise – gewährt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von		bis
5.6	Vor Einstellung der verbotenen Tätigkeit erfolgte die Abrechnung				
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 4-wöchentlich	<input type="checkbox"/> 2-wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> jeweils zum
6	Angaben zur Kranken- und Rentenversicherung				
	Der Arbeitnehmer ist versichert in der				
	gesetzlichen Krankenversicherung				bei
gesetzlichen Rentenversicherung				bei	
Tätigkeits-Code					

7	Zahlungsangaben		
7.1	Die Entschädigung wurde dem Arbeitnehmer bereits in folgender Höhe überwiesen:		Euro _____
	An Rentenversicherungsbeiträgen sind abgeführt worden:		Euro _____
	Name des Leistungsträgers	Bankverbindung	Mitgliedsnummer

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und beantrage die Erstattung der vorgenannten Beträge auf das angegebene Konto (s. Ziffer 1).

Ich füge folgende Unterlagen bei:

- Ordnungsverfügung des Gesundheitsamtes über das Tätigkeitsverbot (soweit vorliegt).
- Nachweis über gezahlte Leistungen während des Tätigkeitsverbots an den Arbeitnehmer und ggf. an den Leistungsträger.
- Nachweis über gezahlte Leistungen an den Arbeitnehmer für die letzten drei Monate vor Anordnung des Tätigkeitsverbots.
- Erklärung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin über erhaltene Leistungen.

.....

(Ort, Datum)
(Unterschrift des/der Antragsteller(s)
und/oder gesetzlichen oder bestellten
Vertreters oder Betreuers)