

Anschrift Arbeitgeber

Hinweis: Dieser Antrag ist unverzüglich nach dem Einsatz, der Übung oder der Absicherung einzureichen!

**Stadtverwaltung Schleiz
Bahnhofstraße 1

07907 Schleiz**

Telefon, Name _____

Datum _____

Antrag auf Erstattung des Verdienstausfalles bei Einsätzen, Übungen und Sicherungsmaßnahmen von Kameradinnen und Kameraden der Freiwilligen Feuerwehren der Stadt Schleiz.

Ereignis/ Maßnahme _____
Einsatzbeginn/ Alarm (Datum, Uhrzeit) _____
Einsatzende _____

Der/Die Kamerad/in _____
wohnhaf in (Wohnort, Straße) _____
ist in unserem/meinem Betrieb als _____
seit dem _____ beschäftigt und

wurde zu der o.g. Maßnahme freigestellt. Wir/ Ich habe (n) seinen (ihren) Lohn/ Gehalt in der Zeit
vom (Datum/Uhrzeit Anfang) _____
bis (Datum/Uhrzeit Ende) _____ weitergezahlt.

Es wird um die Erstattung folgender Leistungen gebeten:

1. Lohn/ Gehalt (Bruttoverdienst) Anzahl Stundenlohn EUR
Gesamtstunden

--	--

2. den für diesen Zeitraum gezahlten Arbeitgeberanteil zur

- a.) Krankenversicherung (%) _____
- b.) Angestellten-/ Arbeiterrentenversicherung _____
- c.) Arbeitslosenversicherung _____
- d.) _____

Summe gesamt _____

Wir/ Ich bitte (n) um Erstattung der Lohn/ Gehaltsfortzahlung in angegebener Höhe auf folgendes Konto:

Name Kreditinstitut/ Bank _____
Bankleitzahl _____
Kontonummer _____

Ort/ Datum

Unterschrift/ Stempel

Anschrift Arbeitgeber