

Antrag auf Entschädigung bei Verdienstausschlag bei Arbeitnehmern nach dem Infektionsschutzgesetz (§§ 56 ff IfSG)



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)

Abt. Gesundheit - Dezernat G2

Entschaedigung@lavg.brandenburg.de

Wünsdorfer Platz 3

15806 Zossen

Eingangsvermerk des LAVG

zutreffendes im Formular bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

1. Antragsteller

Ich beantrage Entschädigung nach § 56 IfSG als

Arbeitgeber

Hinweis: Bei Arbeitnehmern hat der Arbeitgeber für die Dauer des Arbeitsverhältnisses, längstens für sechs Wochen, die Entschädigung für die zuständige Behörde ausbezahlen.

Arbeitnehmer

Hinweis: Ab der 7. Woche ist der Antrag auf Entschädigung vom Arbeitnehmer zu stellen.

Angaben zum Unternehmen

Name des Unternehmens:

Anschrift:

Name der dortigen Ansprechperson:

Telefon:

E-Mail:

Persönliche Angaben

Name des Arbeitnehmers:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder eine Behinderung haben und auf Hilfe angewiesen sind: ja nein

| Wenn ja | Name | Geburtsdatum | Name und Anschrift der Betreuungseinrichtung/en bzw. Schule/n: |
|---------|------|--------------|--|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

Krankenkasse:

Anschrift der Krankenkasse:

Ausgeübte Tätigkeit:

Maßgebender Lohn- und Manteltarifvertrag für das Beschäftigungsverhältnis:

2. Behördliche Maßnahme nach dem Infektionsschutzgesetz

Art der behördlichen Maßnahme: Absonderung Tätigkeitsverbot Schließung/Betretungsverbot der Einrichtung zur Betreuung von Kindern oder Schule

Zeitraum der behördlichen Maßnahme: vom: bis zum:

Anzahl der Tage:

Anordnende Behörde:

Möglichkeit zur Arbeit im Homeoffice: ja nein

Möglichkeit der Inanspruchnahme eines betrieblichen Zeitkontos: ja nein

Hat der Arbeitnehmer während der Dauer der behördlichen Maßnahme eine andere Tätigkeit ausgeübt? ja nein

Wenn ja: vom: bis zum:

Bestand während der Dauer der behördlichen Maßnahme ein Anspruch auf Kurzarbeitergeld? ja nein

3. Höhe der Entschädigung

Für die Ermittlung der Verdienstauffallentschädigung, geben Sie bitte den für die Ausfallzeit angefallenen **Bruttobetrag** an.

Brutto-Arbeitsentgelt:

abzüglich:

- Lohnsteuer:
- Kirchensteuer:
- Solidaritätszuschlag:
- Krankenversicherungsbeitrag:
- Rentenversicherungsbeitrag:
- Arbeitslosenversicherungsbeitrag:
- Pflegeversicherungsbeitrag:

Netto-Arbeitsentgelt:

Arbeitgeberanteil zur:

- Krankenversicherung:
 - Rentenversicherung:
 - Arbeitslosenversicherung:
 - Pflegeversicherung:
 - Sonstige Beiträge zur sozialen Sicherung:
- Bitte benennen:

Summe Arbeitgeberanteile:

Gesamtbetrag

(Bruttoentgelt zzgl. Arbeitgeberanteile)

Hinweis: Ab der 7. Woche wird die Entschädigung in Höhe des Krankengeldes nach § 47 Abs. 1 SGB V gewährt, soweit der Verdienstauffall die für die gesetzliche Krankenversicherungspflicht maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt.

Der Entschädigungsanspruch nach § 56 Abs. 1 a IfSG ist auf einen Zeitraum von längstens sechs Wochen und der Höhe nach auf 67% des dem erwerbstätigen Sorgeberechtigten entstandenen Verdienstauffalls begrenzt. Der Höchstbetrag für einen vollen Monat beträgt 2.016 EUR.

Konto für Entschädigungszahlung

Kontoinhaber:

Bankverbindung (IBAN):

