



**Antrag auf Entschädigung bei Verdienstausschluss bei Arbeitnehmern nach §§ ff 56 Infektionsschutzgesetz (IFSG)**

**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.

<b>Angaben zum Unternehmen:</b>			
<b>Name des Unternehmens:</b>			
<b>Straße, Hausnummer:</b>			
<b>PLZ, Wohnort:</b>			
<b>Ansprechperson:</b>			
<b>Telefon/E-Mail:</b>			
<b>Persönliche Angaben:</b>			
<b>Name des Arbeitnehmers:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>			
<b>Straße, Hausnummer:</b>			
<b>PLZ, Wohnort:</b>			
<b>Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben <u>oder</u> eine Behinderung haben und auf Hilfe angewiesen sind:</b>			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Wenn ja</b>	<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Name und Anschrift der Betreuungseinrichtung/en bzw. Schule/n:</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**Beizufügende Unterlagen bei Antragstellung aufgrund § 56 Abs. 1 a IfSG:**

- Nachweis/Begründung bzgl. fehlender zumutbarer Betreuungsmöglichkeiten
- Ggf. Nachweis hinsichtlich bestehender Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII
- Ggf. Nachweis hinsichtlich einer Behinderung des zu betreuenden Kindes (z.B. nach SGB IX)
- Bestand ein Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V ?

**Krankenkasse:**

**Anschrift der Krankenkasse:**

**Ausgeübte Tätigkeit:**

**Während, bzw. zu Beginn des Tätigkeitsverbotes/Absonderung/der Schließung/des Betreuungsverbotes der Einrichtung zur Betreuung von Kindern oder Schule bestand wegen einer Krankheit**

- Arbeitsunfähigkeit  
 keine Arbeitsunfähigkeit

Eine entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse ist beizufügen.

**Ist der Betroffene Auszubildender/Auszubildende?**  ja  nein

(Es besteht gemäß § 19 Berufsbildungsgesetz bis zur Dauer von sechs Wochen ein Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung.)

**Der/Die Betroffene hat**  einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB  
 keinen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB

(Dieser Anspruch wurde durch Arbeitsvertrag/Tarifvertrag abgedungen; der maßgebliche Vertrag ist in Kopie beigefügt.)

**2. Behördliche Maßnahme nach dem Infektionsschutzgesetz**

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

**Zeitraum der behördlichen Maßnahme: vom:** \_\_\_\_\_ **bis zum:** \_\_\_\_\_

**Anzahl der Tage:** \_\_\_\_\_

**Anordnende Behörde:** \_\_\_\_\_

Kopie des Anordnungsbescheides und der Aufhebung bitte beifügen.

Möglichkeit zur Arbeit im <b>Homeoffice</b> :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Möglichkeit der <b>Inanspruchnahme eines betrieblichen Zeitkontos</b> :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat der Arbeitnehmer während der Dauer der behördlichen Maßnahmen <b>Urlaub</b> in Anspruch genommen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat der Arbeitnehmer während der Dauer der behördlichen Maßnahme <b>eine andere Tätigkeit ausgeübt</b> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: vom: _____ bis zum: _____		
Bestand während der Dauer der behördlichen Maßnahme ein Anspruch auf <b>Kurzarbeitergeld</b> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ersatz­tätigkeit war erlaubt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Ersatz­tätigkeit wurde</b>	<input type="checkbox"/> <b>ausgeübt (Nachweis über die Höhe des gezahlten Einkommens beifügen)</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>nicht ausgeübt, weil (bitte ausführlich begründen)</b>	
<b><u>Begründung:</u></b>		

**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)** \_\_\_\_\_

**Entsprechende Nachweise, bzw. Lohnbescheinigungen, Lohnabrechnungen sind beizufügen.**

**Hinweis:**

Ab der 7. Woche wird die Entschädigung in Höhe des Krankengeldes nach § 47 Abs. 1 SGB V gewährt, soweit der Verdienstausschlag 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 Verdienstausschlags begrenzt. Der Höchstbetrag für einen vollen Monat beträgt 2.016 EUR.

Ich versichere, den vorstehenden Antrag auf Entschädigung wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben, dass der Arbeitnehmer keinen anderweitigen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen den Arbeitgeber hat/hatte.

Es wird gebeten, die Verdienstausschlagentschädigung auf folgendes Konto zu überweisen:

Institut

IBAN

BIC

**4. Datenschutz**

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen des Antrags auf Entschädigung nach § 56 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in der jeweiligen gültigen Fassung. Die Erhebung von personenbezogenen Daten ist Voraussetzung für die Aufgabenerfüllung und die Bearbeitung Ihres Antrags auf Entschädigung. Eine Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt nur im Rahmen der Antragstellung nach § 56 IfSG. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der Landkreis Osterholz, Der Landrat - Osterholzer Straße 23, 27711 Osterholz-Scharmbeck, gesundheitsamt@landkreis-osterholz.de. Die personenbezogenen Daten werden gelöscht, wenn diese zur Erfüllung der Aufgaben nicht mehr benötigt werden. Sie haben gegenüber dem Verantwortlichen ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), gegebenenfalls einen Anspruch auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO). Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten (Art. 17 DSGVO) oder das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO) zu. Sie haben auch ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Zudem haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 21 DSGVO). Durch die Übersendung der Daten willigen Sie in die Verarbeitung ein. Sie können die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt bestehen. Sie können außerdem den Datenschutzbeauftragten des Landkreises Osterholz per E-Mail unter datenschutz@landkreis-osterholz.de oder postalisch ebenfalls unter der oben genannten Adresse kontaktieren. Ihr Beschwerderecht können Sie unter anderem bei der Niedersächsischen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz, der Landesbeauftragten für den Datenschutz in Niedersachsen wahrnehmen. Ist beabsichtigt, die personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.

Datum/Unterschrift