

Firma
-------

Ort, Datum	
Sachbearbeiter/in	Zimmer-Nr.
Telefon	Telefax
Nr. / AZ Bitte stets angeben	

<b>Stadt Waldkraiburg</b> <b>Stadtplatz 26</b> <b>84478 Waldkraiburg</b>
--

<b>Antrag</b> <b>auf Erstattung fortgewährter</b> <b>Leistungen im Zusammenhang</b> <b>mit dem Feuerwehrdienst</b>
---

Die / Der Arbeitnehmer (in)

Name, Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort	
Wohnort (PLZ, Ort, Straße)		
beschäftigt	als	seit
<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> vorübergehend	

- hat Feuerwehrdienst geleistet
- hat an einem Seminar teilgenommen (siehe Teilnahmebestätigung!!)
- 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 / Teilnahme Seminar			Prüfungsvermerke der Gemeinde	
Datum	von	bis	Art des Dienstes	Stunden
Arbeitsunfähigkeit			Krankheit ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen.	
von		bis	Dauer (Tage/Stunden)	

Wir versichern die Richtigkeit der im Antrag enthaltenen Angaben und werden evtl. entstandene oder noch entstehende Schadensersatzansprüche gegen Dritte unverzüglich an die Gemeinde abtreten.

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

Konto-Nr.	BLZ
Bankinstitut	

I. A.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# BERECHNUNG DER FORTGEWÄHRTEN LEISTUNGEN

vom Arbeitgeber auszufüllen!

1. Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Tage \_\_\_\_\_ Stunden

Im letzten  Lohn-  Gehaltszahlungsabschnitt vor der Dienstleistung

wurden  tarif-  vertragsgemäß gezahlt als

Brutto-Monatslohn  Brutto-Wochenlohn  Brutto-Stundenlohn

Brutto-Monatsgehalt

In diesen Bruttobeträgen sind folgende Zulagen enthalten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung im gleichen Zeitraum

Sonstige fortgewährte Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Betrag	Prüfungsvermerk

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

\_\_\_\_\_ Arbeitstage \_\_\_\_\_ Arbeitsstunden wurden weiterbezahlt:

Bruttolohn  Bruttogehalt

Arbeitgeberanteile zur gesetzl. Sozial- u. Arbeitslosenvers.

Sonst. Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Summe**


**Wird von der Gemeinde ausgefüllt!**

Gemeinde

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Datum

Geschäftszeichen

\_\_\_\_\_

1. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft und der Erstattungsbeitrag auf \_\_\_\_\_ festgestellt.

2. Auszahlungsanordnung fertigen

3. \_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_