

Firma

Posteingang

An
 Markt Zapfendorf
 SG 12
 Herrngasse 1
 96199 Zapfendorf

**Antrag auf Erstattung fortgewährter Leistungen im Zusammenhang mit dem
 Feuerwehrdienst (Art. 9 Abs. 1 Satz 4, Art. 10 BayFwG)**

Die Arbeitnehmerin / Der Arbeitnehmer

| | | |
|--|-----------------------|------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum und -ort | |
| Anschrift (Straße, Hs.-Nr., PLZ, Ort) | | |
| <input type="checkbox"/> ständig beschäftigt | als | seit |
| <input type="checkbox"/> vorübergehend beschäftigt | | |

- hat Feuerwehrdienst geleistet bei der Freiwilligen Feuerwehr _____
- war wegen einer auf den Feuerwehrdienst bei der Freiwilligen Feuerwehr _____ zurückführenden Krankheit arbeitsunfähig und ist deswegen in den nachstehenden genannten Zeiten der Arbeit ohne Anrechnung auf den Tarifurlaub ferngeblieben

Feuerwehrdienst

| | | |
|------------------|---------------------|---|
| am (Datum) | von - bis (Uhrzeit) | Prüfvermerk der Gemeinde Zeitraum _____ Stunden _____ Tätigkeit _____ |
| _____ | _____ | |
| Art des Dienstes | _____ | |
| am (Datum) | von - bis (Uhrzeit) | Zeitraum _____ Stunden _____ Tätigkeit _____ |
| _____ | _____ | |
| Art des Dienstes | _____ | |
| am (Datum) | von - bis (Uhrzeit) | Zeitraum _____ Stunden _____ Tätigkeit _____ |
| _____ | _____ | |
| Art des Dienstes | _____ | |

Arbeitsunfähigkeit

von - bis (Datum), gem. beiliegender Bescheinigung

| |
|--------------------------|
| Prüfvermerk der Gemeinde |
| Tage/Stunden |

Berechnung der fortgewährten Leistungen

1. Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt: _____ Tage _____ Stunden.

Im letzten Lohnzahlungs- Gehaltszahlungsabschnitt von der Dienstleistung

wurde tarifgemäß vertragsgemäß gezahlt als

Bruttomonatslohn Bruttowochenlohn Bruttostundenlohn

Bruttomonatsgehalt in Höhe € _____

In diesen Bruttobeträgen sind folgende Zulagen enthalten:

_____ € _____

_____ € _____

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung
im gleichen Zeitraum des gezahlten Bruttogehaltes/ -lohns € _____

Sonstige fortgewährte Leistungen (gesondert erläutern):

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

2. Für die Dauer des Feuerwehrdienstes und/oder Arbeitsunfähigkeit an

_____ Arbeitstagen, _____ Arbeitsstunden wurde weiterbezahlt:

Bruttolohn Bruttogehalt € _____

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung € _____

Sonstige Leistungen (gesondert erläutern)

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

Summe € _____

Prüfvermerk der Gemeinde

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

Die Erstattung der errechneten fortgewährten Leistungen bitten wir auf folgendes Konto zu überweisen:

| | | |
|------|-----|----------------|
| IBAN | BIC | Bank/Sparkasse |
| | | |

Wir versichern die Richtigkeit der im Antrag enthaltenen Angaben und werden evtl. entstandene oder noch entstehende Schadenersatzansprüche gegen Dritte (Art. 10 Satz 2 BayFwG) unverzüglich an die Gemeinde abtreten.

| | | |
|------------|---------------|---------------------------|
| Ort, Datum | Firmenstempel | verbindliche Unterschrift |
| | | |

wird von der Gemeinde ausgefüllt

I. **Feuerwehrdienst wird vom Kommandanten der FFW _____ bestätigt:** _____ Datum _____ Unterschrift _____

II. **Sachlich und rechnerisch richtig; festgesetzter Erstattungsbetrag: € _____**

III. **Kasse zur Auszahlung: Haushaltsstelle 0.1300.5690**

Zapfendorf, den

i.A.

SG 12