

Firma/Antragsteller	
PLZ, Ort, Straße, Nr.	
	Sachbearbeiter
	PLZ, Ort, Straße, Nr.

An den
 Markt Pleinfeld
 Marktplatz 11
 91785 Pleinfeld

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

Der Arbeitnehmer

Name, Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort	
Wohnort (PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Beschäftigt	Als	Seit
<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> vorübergehend		

hat Feuerwehrdienst geleistet

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				PRÜFUNGSVERMERKE DER GEMEINDE Feuerwehrdienstleistungen					
Am	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Am	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
Am	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr	Std.
					Art des Dienstes				
									Std
von	bis				von	Uhr	bis		Uhr
					Die Krankheit				
Ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen									Tg. / Std.

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

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

Konto Nr.	Bankinstitut	BLZ
-----------	--------------	-----

Im Auftrag

Firmenstempel

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- Wochen-lohn Brutto- Wochen-lohn € _____
 Brutto-Monatsgehalt € _____

In diesen Bruttobeträgen sind folgende Zulagen enthalten:

_____ € _____
 _____ € _____
 _____ € _____
 Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung im gleichen Zeitraum € _____
 Sonstige forgewährte Leistungen (ggf. gesondert erläutern)
 _____ € _____
 _____ € _____

Prüfungsvermerke der Gemeinde
€
€
€
€
€
€
€
€
€

2. Für die Dauer des Feuerwehrdienstes und/oder der Arbeitsunfähigkeit, das sind
 ___ Arbeitstage ___ Arbeitsstunden wurden weiterbezahlt

Bruttolohn Bruttogehalt € _____

Arbeitgeberanteile zur gesetzl. Sozial- u. Arbeitslosenversicherung € _____

Sonstige Leistungen (ggf. **gesondert erläutern**)

_____ € _____
 _____ € _____
 _____ € _____
Zusammen € _____

€
€
€
€
€
€
€

Wird von der Gemeinde ausgefüllt!

Gemeinde

PLZ, Ort, Datum

.....
 Geschäftszeichen

-
1. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft und der Erstattungsbetrag auf € festgestellt.
 2. Auszahlungsanordnung
 3.

Unterschrift

.....