

Feuerwehr Münster
Verwaltungsabteilung
Zimmer 343
York-Ring 25
48159 Münster



Angaben Arbeitgeber

Name, Vorname, Firma

Datum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

Telefon

Bankverbindung: IBAN, Geldinstitut

Antrag auf Erstattung des fortgewährten Arbeitsverdienstes, der Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung sowie sonstiger fortgewährter Leistungen

Angaben Arbeitnehmer

Arbeitnehmer (Name, Vorname)

Wohnort, Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Dienst-/Berufsbezeichnung

Vollbeschäftigt

Teilbeschäftigt

Aushilfsbeschäftigt

Lohn

Gehalt wurde bei Beurlaubung (ohne Anrechnung auf den Tarifurlaub) zu folgender
Veranstaltung fortgezahlt:

Bezeichnung der Veranstaltung (Übung/Lehrgang/Einsatz etc.):

am (Datum):

Uhrzeit:

vom

bis

von

bis

Arbeitszeit gemäß Vertrag:

Stunden wöchentlich:

Tage wöchentlich:

Arbeitszeit Beginn:

Arbeitszeit Ende:

An **Lohn** **Gehalt** (incl. Leistungen gem. Ziffer 1. a) - r) des Merkblattes)
wurden für die Wochen/den Monat vom bis

vertragsgemäß gezahlt: Euro.

Es wird um Erstattung der fortgewährten Leistungen für die Zeit des Arbeitsausfalls gebeten:

€	Monats-/	Wochenlohn: durch	Monats-/	Wochenstunden
				<i>(Wochenstunden x 4,348 = Monatsstunden)</i>

€ x Ausfallstunden = €

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Leistungen nach Ziffer 2. a) –g) des Merkblattes sind in o. g. Summe nicht enthalten. Ich versichere, dass unser Unternehmen nicht zum öffentlichen Dienst gehört und auch aus tarifrechtlichen Gründen nicht als öffentlicher Dienst anzusehen ist.

Firmenstempel / Unterschrift

(nicht vom Antragsteller auszufüllen)

Die feststellende bzw. anordnende Stelle

Die/der Vorgenannte hat an der Veranstaltung nach dem BHKG vom bis teilgenommen.

Sachlich und rechnerisch richtig

Stempel / Unterschrift