

Firma
.....
.....

PLZ, Ort, Datum
.....

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Stadt Ingolstadt
Amt für Brand- und Katastrophenschutz
Sachgebiet Verwaltung, Zivil- und Katastrophenschutz,
Untere Rettungsdienstbehörde
Dreizehnerstraße 1
85049 Ingolstadt

Für weitere Fragen kontaktieren Sie bitte
Fr. Dörringer Tel. 0841 - 305 3951 bzw.
verwaltung.feuerwehr@ingolstadt.de

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 | |
| Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | | | |
| beschäftigt <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> vorübergehend | als | seit | |

* nicht Zutreffendes bitte streichen

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 Tarifierurlaub ferngeblieben:

Feuerwehrdienst

für die Feuerwehr

am von Uhr bis Uhr

am von Uhr bis Uhr

am von Uhr bis Uhr

Arbeitsunfähigkeit

vom bis

PRÜFUNGSVERMERKE DER GEMEINDE

Feuerwehrdienstleistung

am von Uhr bis Uhr = Std.

Art des Dienstes:

am von Uhr bis Uhr = Std.

Art des Dienstes:

am von Uhr bis Uhr = Std.

Art des Dienstes:

.....

Die Krankheit vom bis
ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen = Tage/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:

| | | |
|-----|------|-----|
| Bei | IBAN | BIC |
|-----|------|-----|

(Firmenstempel)

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 _____ €

Prüfungsvermerke
der Gemeinde

_____ €

_____ €

In diesen Bruttobeträgen sind folgende Zulagen enthalten:

_____ € _____ €

_____ € _____ €

_____ € _____ €

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung im gleichen Zeitraum _____ € _____ €

Sonstige fortgewährte Leistungen (ggf. gesondert erläutern) _____ € _____ €

_____ € _____ €

_____ € _____ €

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

___ Arbeitstage ___ Arbeitsstunden wurden weiterbezahlt:

Bruttolohn Bruttogehalt _____ € _____ €

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und 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 fertigen

3.

Unterschrift

.....