

Firma/ Antragsteller	
PLZ, Ort, Straße, Nr	
Anschrift der Behörde	Sachbearbeiter
	PLZ, Ort, Datum

## 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 <input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> vorüber- gehend	als	seit

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:

<b>Feuerwehrdienst</b>		<b>PRÜFUNGSVERMERKE DER GEMEINDE Feuerwehrdienstleistungen</b>				
am	von	bis		von	bis	Std.
	Uhr		Uhr		Uhr	
am	von	bis		von	bis	Std.
	Uhr		Uhr		Uhr	
am	von	bis		von	bis	Std.
	Uhr		Uhr		Uhr	
			Art des Dienstes			
			Std.			
von	bis					
			Die Krankheit			
			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 erbiten:

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

Im Auftrag
Unterschrift

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-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)

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

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 fertigen

3. ....

Unterschrift

.....