

Dieses Antragsformular enthält 4 Seiten !

**Antrag auf Entschädigung
 nach §§ 56 ff. des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) - Corona**

Name der Firma
Anschrift

Ich beantrage eine Entschädigung als

- Arbeitgeber/in
 Selbstständige/r
 Erwerbstätige / r Sorgeberechtigte/ r

1.	Persönliche Angaben des betroffenen Mitarbeiters / der betroffenen Mitarbeiterin	
	Name	
	Vorname	
	Geburtsdatum	
	Straße, Hausnummer	
	PLZ, Wohnort	
2.	Grund des Verdienstausfalles	
2.1	Zeitdauer der Absonderung	vom _____ bis (einschließlich) _____
2.2	Ort der Absonderung	
2.3	Schriftliche Bestätigung der Absonderung (Kopie bitte beilegen!)	Behörde _____ vom _____
3.	Ggfs. Sicherstellung der Kinderbetreuung (Angaben zum betreuenden Kind)	
3.1	Name	
	Vorname	
	Geburtsdatum	
	Kind ist behindert und auf Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ein Nachweis ist dem Antrag beigelegt
3.2	Wurde eine Notfallbetreuung wahrgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte ausführliche Begründung, warum eine Notfallbetreuung nicht möglich war, beifügen)
4.1	Die/Der Betroffene ist tätig als	
4.2	Die/Der Betroffene ist beschäftigt seit	
5.	Ist der/die Betroffene Auszubildender / Auszubildende ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, es besteht gemäß §19 Berufsbildungsgesetz bis zur Dauer von sechs Wochen ein Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung
6.	Der/Die Betroffene hat	<input type="checkbox"/> Einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB <input type="checkbox"/> Keinen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB (dieser Anspruch wurde durch Arbeitsvertrag/ Tarifvertrag abgedungen; der maßgebliche Vertrag ist in Kopie beigelegt)
7.	Während der Absonderung bestandwegen einer Krankheit	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Keine Arbeitsunfähigkeit (eine entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse o. ä ist beigelegt)

8.1	Der/Die Betroffene konnte in der Zeit der Absonderung für das Unternehmen weiterhin eingesetzt werden (z.B. Homeoffice) oder mit anderen Tätigkeiten beschäftigt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte ausführliche Begründung, warum eine andere Tätigkeit für das Unternehmen nicht möglich war, beifügen.)
8.2	Wurde in der Zeit der Absonderung eine Ersatztätigkeit durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Belege in Kopieform sind dem Antrag beigefügt)
9.	Vor Anordnung der Absonderung bestand Versicherungspflicht bei der	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung bei _____ <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung für Arbeiter <input type="checkbox"/> Rentenversicherung für Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung

10. Angaben zur Berechnung der Entschädigung

10.1	Arbeitnehmer / in Zu zahlendes regelmäßiges Brutto-Arbeitsentgelt für einen Monat (durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt im letzten Jahr vor Anordnung der Absonderung)	_____ EUR
	abzüglich	
	a) Lohnsteuer	_____ EUR
	b) Kirchensteuer	_____ EUR
	c) Solidaritätszuschlag	_____ EUR
	d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	_____ EUR
	e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	_____ EUR
	Netto-Arbeitsentgelt	_____ EUR
	zuzüglich Sozialversicherungsbeiträge des Arbeitgebers	_____ EUR
	Entsprechende Nachweise der letzten 12 Monate sind beizufügen	

10.2	Selbständige / r Brutto-Monatsarbeitseinkommen (Berechnet nach einem Zwölftel des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Jahresarbeitseinkommens/ § 15 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)	_____ EUR
	abzüglich:	
	a) Lohnsteuer	_____ EUR
	b) Kirchensteuer	_____ EUR
	c) Solidaritätszuschlag	_____ EUR
	d) Sozialversicherungsbeiträge (einschl. Pflegeversicherung)	_____ EUR
	e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	_____ EUR
	Netto-Monatseinkommen	_____ EUR
	Der letzte Einkommensteuerbescheid des Finanzamtes ist beizufügen	

Ich versichere, den vorstehenden Antrag auf Entschädigung wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.	
Name:	_____
Funktion in der Firma:	_____
Telefonnummer:	_____

Es wird gebeten, die Verdienstauffallentschädigung auf folgendes Konto zu überweisen:

Bank:	
Kontoinhaber/ Kontoinhaberin:	
IBAN:	

Datum/ Unterschrift:

Neben dem Antrag einzureichen sind:

Arbeitgeber/ in:

- 1.1 Eine Gehaltsabrechnung für den Monat / die Monate in der die Absonderung stattgefunden hat
- 1.2 Bei Durchschnittslohn, auch die der vorherigen 12 Monate vor Beginn der Absonderung
(siehe Punkt 10)
- 1.3 Nachweise, wenn bei Absonderung weiteres Einkommen erzielt wurde:
 - 1.3.1 Freiwillige Zuschüsse des Arbeitgebers, die nicht zu den Vergütungsansprüche zählen
 - 1.3.2 Einkommen aus Ersatztätigkeiten
- 1.4 GGfs. Einen Arbeitsvertrag (siehe Punkt 6)
- 1.5 Eine Bescheinigung der Krankenkasse o.ä., dass während der Absonderung keine Arbeitsunfähigkeit wegen einer Krankheit bestand (siehe Punkt 7)
- 1.6 Eine Kopie des Nachweises der Absonderung (Beginn und Ende) (siehe Punkt 2.3)

Selbstständige/ r :

- 2.1 Eine Bescheinigung des Finanzamtes über die Höhe des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Jahreseinkommen (siehe 10.3)
- 2.2 Eine Bescheinigung der Krankenkasse o.ä., dass während der Absonderung keine Arbeitsunfähigkeit wegen einer Krankheit bestand (siehe Punkt 7)
- 2.3 Eine Kopie des Nachweises der Absonderung (Beginn und Ende) (siehe Punkt 2.3)

Erwerbstätige Sorgeberechtigte:

- 3.1 GGfs. Ein Nachweis über die Behinderung des Kindes und dass es auf Hilfe angewiesen ist

Dazu ggf. Begründungen für fehlende Alternativtätigkeiten (siehe 8.1) und für die ausgebliebene Notfallbetreuung (siehe 3.2)

Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden durch den Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück verarbeitet, erhoben und gespeichert.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf gesetzlicher Grundlage. Rechtsgrundlage der Verarbeitung dieser Daten ist §§ 56 ff. IfSG in Verbindung mit Artikel 6 der DS-GVO. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten dient ausschließlich dem Zweck der Durchführung des Antragsverfahren. Es erfolgt keine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte. Ihre Daten werden nach den gesetzlichen Vorschriften gelöscht.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und Datensicherheit erhalten Sie auf der Homepage des Landkreises Osnabrück unter www.landkreis-osnabrueck.de/information-dsgvo.

Den Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück als verantwortliche datenverarbeitende Stelle können Sie per E-Mail unter info@landkreis-osnabrueck.de bzw. postalisch unter Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück, kontaktieren.

Sie können außerdem die Datenschutzbeauftragte des Landkreises Osnabrück per E-Mail unter datenschutz@landkreis-osnabrueck.de bzw. postalisch unter Landkreis Osnabrück, Datenschutzbeauftragte, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück kontaktieren.

Sie können, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gegenüber dem Landkreis Osnabrück folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz, Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen in Hannover, wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.