

Firma  
.....  
.....  
.....

PLZ, Ort, Datum  
.....  
**Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen**  
(Frei für Einlaufstempel der Gemeinde)

An Gemeinde

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

**DER ARBEITNEHMER**

Name, Vorname		Geburtsdatum und -ort	
Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			
Beschäftigt <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> vorübergehend	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:

Feuerwehrdienst	PRÜFUNGSVERMERKE DER GEMEINDE Feuerwehrdienstleistung
am.....von.....Uhr bis.....Uhr	am.....von.....Uhr bis.....Uhr =.....Std.
	Art des Dienstes:
am.....von.....Uhr bis.....Uhr	am.....von.....Uhr bis.....Uhr =.....Std.
	Art des Dienstes
am.....von.....Uhr bis.....Uhr	am.....von.....Uhr bis.....Uhr =.....Std.
	Art des Dienstes _____
	_____
Arbeitsunfähigkeit	
vom.....bis.....	Die Krankheit vom .....bis.....
	ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen =.....Tage/Std.

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

Die Erstattung des auf der Rückseite errechneten Betrags wird auf folgende Konten erbeten:

IBAN	bei	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 € \_\_\_\_\_

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. Arbeitslosenvers. € \_\_\_\_\_

Sonstige Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

zusammen € \_\_\_\_\_

€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____
€ _____

Wird von der Gemeinde ausgefüllt

Gemeinde \_\_\_\_\_ PLZ, Ort, Datum \_\_\_\_\_

Geschäftszeiten \_\_\_\_\_

1. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft und der Erstattungsbetrag auf € .....festgestellt.

2. Auszahlungsanordnung fertigen

3. ....

Unterschrift

.....