

# Antrag auf Verdienstausschüttung nach § 56 ff Infektionsschutzgesetz (IfSG)



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)

Abt. Gesundheit - Dezernat G2

Frau Schmidt (antje.schmidt@lavg.brandenburg.de)

Wünsdorfer Platz 3

15806 Zossen

Eingangsvermerk des LAVG

zutreffendes im Formular bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

## 1. Angaben zur Person

Name, Vorname:

Anschrift:

Krankenkasse:

Anschrift der Krankenkasse:

## 2. Angaben zum Arbeitgeber

Arbeitgeber:

Anschrift:

E-Mail:

## 3. der/die Betroffene

ist tätig als:

ist beschäftigt seit:

hat einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB\*

ja

nein

(\*dieser Anspruch wurde durch Arbeitsvertrag/Tarifvertrag abgedungen, der maßgebliche Vertrag ist in Kopie beigefügt)

## 4. Tätigkeitsverbot /Absonderungsmaßnahme nach 56 IfSG der/die Betroffene

Zeitdauer des Tätigkeitsverbots / der Absonderungsmaßnahme (von – bis):

Schriftliche Bestätigung des Tätigkeitsverbots / der Absonderungsmaßnahme (Behörde):

eine entsprechende Bescheinigung

ist beigefügt

wird nachgereicht

eine Ersatztätigkeit war

erlaubt

nicht erlaubt

eine Ersatztätigkeit wurde

ausgeübt

(Nachweis über die Höhe des gezahlten Einkommens beifügen)

nicht ausgeübt, weil...

## 5. Höhe des Verdienstaufalls

### 5.1. bei Arbeitnehmern

Ein Verdienstaufall ist in folgender Höhe entstanden:

Bruttoentgelt bei regelmäßiger Arbeitszeit:

(Bitte Lohn- bzw. Gehaltsbescheinigungen **der letzten drei Monate** in Kopie beifügen)

Der Arbeitnehmer hat in den maßgebenden Zeitraum  
Kurzarbeiter- oder Arbeitslosengeld erhalten.

 ja nein

(Bitte entsprechende Belege in Kopie beifügen)

### 5.2. bei Selbständigen

Ein Verdienstaufall ist in folgender Höhe entstanden:

Bruttoentgelt bei regelmäßiger Arbeitszeit:

(berechnet nach einem Zwölftel des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Arbeitseinkommens / § 15 SGB IV)

der letzte Einkommensteuerbescheid

 ist beigelegt wird nachgereicht

eine betriebswirtschaftliche Auswertung

 ist beigelegt wird nachgereicht

Während der Zeit, in der das Tätigkeitsverbot / die Absonderungsmaßnahme wirksam war, mussten folgende laufende Ausgaben zur sozialen Sicherung monatlich erbracht werden  
(z.B. Kranken-, Renten-, Lebensversicherung)

| Art der Ausgabe      | Bezeichnung und Anschrift der Versicherung | monatliche Aufwendungen |
|----------------------|--------------------------------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>    |

(Bitte entsprechende Belege in Kopie beifügen)

Bei einer Existenzgefährdung können dem Entschädigungsberechtigten die während der Verdienstaufallzeit entstandenen Mehraufwendungen in angemessenem Umfang erstattet werden. (Bitte eine Begründung sowie die entsprechenden Belege beifügen).

Mir sind in dem maßgebenden Zeitraum weiterlaufende nicht gedeckte Betriebsausgaben entstanden. (Bitte entsprechende Belege beifügen).

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

|                                       |                                        |
|---------------------------------------|----------------------------------------|
| Kontoinhaber:<br><input type="text"/> | Name der Bank:<br><input type="text"/> |
| IBAN:<br><input type="text"/>         | BIC<br><input type="text"/>            |

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift