

| | |
|--|----------------|
| Name, Vorname- n | Datum |
| Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) | Telefon Fax |

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:
Kreditinstitut, Konto-Nr., Bankleitzahl

| | |
|---|---|
| An Amt Crivitz -Brandschutz- Amtsstr. 5 19089 Crivitz | <h2 style="margin: 0;">Antrag</h2> <p style="margin: 0;">auf Erstattung des fortgewährten Arbeitsverdienstes, der Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung sowie sonstiger fortgewährter Leistungen im Zusammenhang mit dem Dienst in der Großschadensabwehr und bei der Freiwilligen Feuerwehr</p> |
| Der / Die Arbeitnehmer- in | |

Name, Vorname- n

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

| | |
|--|---------------------------------|
| Geburtsdatum | Dienst-/ Berufsbezeichnung |
| <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> Vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> Aushilfsbeschäftigt | |
| <input type="checkbox"/> Lohn | <input type="checkbox"/> Gehalt |

wurde bei Beurlaubung – ohne Anrechnung auf den Tarifrurlaub – zu folgender Veranstaltung fortgezahlt:
Bezeichnung der Veranstaltung/ des Lehrganges/ des Einsatzes

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|------------------|---------------------------------|
| am/ vom (Datum) | bis (Datum) | von (Uhrzeit) | bis (Uhrzeit) |
| Arbeitszeit gemäß Vertrag (Stunden) | Stunden wöchentlich | Tage wöchentlich | Beginn und Ende der Arbeitszeit |

An Lohn Gehalt wurden für die Woche/ den Monat
vom – bis

| | | |
|--|------------------------|-----|
| | vertragsgemäß gezahlt: | EUR |
|--|------------------------|-----|

Es wird um Erstattung der fortgewährten Leistungen für die Zeit des Arbeitsausfalles gebeten:

| | | |
|--|--|------------|
| EUR | Monatslohn | Wochenlohn |
| dividiert durch Monatsstunden | (Wochenstunden x 4,348 = Monatsstunden) | |
| dividiert durch Wochenstunden | Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Leistungen nach Ziffer 2 a) bis i) des Merkblattes sind in dem nebenstehenden Erstattungsbetrag nicht enthalten. | |
| = EUR | | |
| multipliziert mit Ausfallstunden (Stunden) | Firmenstempel, Unterschrift | |
| - Erstattungsbetrag EUR | | |

**) siehe Rückseite

Nicht vom Antragsteller/ von der Antragstellerin auszufüllen:

| | | |
|--|---|--|
| Der/ Die o.g. Helfer. in hat an der Veranstaltung zur Großschadensabwehr Nr. vom bis teilgenommen. | An die feststellende bzw. anordnende Stelle | <input type="checkbox"/> ZSG/ Bund <input type="checkbox"/> BrSchG Sachlich und rechnerisch richtig: Unterschrift |
|--|---|--|

Anträge auf Erstattung fortgewährter Leistungen sind zu richten:

1. Bei Lehrgängen

- a) an der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) in Bad Neuenahr – Ahrweiler

an das

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)
Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz
Ramersbacher Straße 95
53474 Bad Neuenahr – Ahrweiler

- b) an Schulen der privaten Hilfsorganisationen

an die

örtlich zuständige Vertretung der privaten Hilfsorganisationen, der der Helfer/ Helferin angehört

- c) der ehrenamtlichen Angehörigen der Feuerwehren am Institut der Feuerwehr in Münster

an die

zuständige Gemeinde

2. Bei Veranstaltungen am Standort

- a) der Helfer- innen im Dienst in der Großschadensabwehr (Übungen und Ausbildungsveranstaltungen)

an die

örtlich zuständige Vertretung der privaten Hilfsorganisationen, der der Helfer/ Helferin angehört

- b) der ehrenamtlichen Angehörigen der Feuerwehren (Übungen, Ausbildungsveranstaltungen, Einsätze)

an die

zuständige Gemeinde