

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

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

|                                         |
|-----------------------------------------|
| Kreditinstitut, Konto-Nr., Bankleitzahl |
|-----------------------------------------|

An \*\*)

Gemeinde Schermbeck  
Der Bürgermeister  
- Bürgeramt -  
Weseler Straße 2  
46514 Schermbeck

## Antrag

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

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 Tarifurlaub – 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 (inkl. Leistungen gem. Ziffer 1 a) bis r) des Merkblattes) 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                                        | <input type="checkbox"/> Monatslohn <input type="checkbox"/> 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 <b>nicht</b> enthalten. |
| = EUR                                      | Firmenstempel, Unterschrift                                                                                                                                         |
| multipliziert mit Ausfallstunden (Stunden) |                                                                                                                                                                     |
| = Erstattungsbetrag EUR                    |                                                                                                                                                                     |

\*\*) Siehe Rückseite

**Nicht vom Antragsteller / von der Antragstellerin auszufüllen:**

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

|                                        |  |
|----------------------------------------|--|
| Name, Vorname-Nachname                 |  |
| Anschrift PLZ, Ort, Straße, Hausnummer |  |
| Telefon                                |  |
| Fax                                    |  |

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Kontostart, Kontonr., Bankleitzahl

## Anträge auf Erstattung fortgewährter Leistungen sind zu richten:

Gemeinde Schermbeck  
Der Bürgermeister  
- Bürgeramt -  
Weseler Straße 2  
46514 Schermbeck

### 1. Bei Lehrgängen

- a) an der Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz im Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz – in Bad Neuenahr-Ahrweiler

an das

Bundesverwaltungsamt  
Zentralstelle für Zivilschutz  
Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz  
Ramersbacher Straße 95  
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

- b) an Schulen der privaten Hilfsorganisationen

an die

örtlich zuständige Vertretung der privaten Hilfsorganisation, der der Helfer / die 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 Hilfsorganisation, der der Helfer / die Helferin angehört

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

an die

zuständige Gemeinde

|                                                                        |                                         |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nicht vom Antragsteller von der Antragstellung auszufüllen:            |                                         |
| Der/Die o.g. Helfer-in hat an der Veranstaltung zur Großschadensabwehr | An die feststehende bzw. ansonst Stelle |
| Nr.                                                                    |                                         |
| Vom                                                                    |                                         |
| Bis                                                                    |                                         |
| Zeichennummer                                                          |                                         |
| Sachlich und sachlich richtig                                          |                                         |
| Unterschrift                                                           |                                         |