

Firma/ Antragsteller	
PLZ, Ort, Straße, Nr	
Anschrift der Behörde	Sachbearbeiter
	PLZ, Ort, Datum

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

**Der Arbeitnehmer**

Name, Vorname		Geburtsdatum / Geburtsort	
Wohnort (PLZ, Ort, Straße, Nr.)			
beschäftigt	als	seit	
<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> vorübergehend		

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 Feuerwehrdienstleistungen			
am	von	bis			von	bis	
		Uhr	Uhr			Uhr	Uhr
							Std.
am	von	bis			von	bis	
		Uhr	Uhr			Uhr	Uhr
							Std.
am	von	bis			von	bis	
		Uhr	Uhr			Uhr	Uhr
							Std.
				Art des Dienstes			
				Std.			
von	bis			Die Krankheit	von	bis	
				ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen			
				Tg. / Std.			

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

Die Erstattung des auf der Rückseite errechneten Betrags wird auf folgendes Konto erbiten:

Konto-Nr.	Bankinstitut	BLZ
-----------	--------------	-----

Im Auftrag
Unterschrift

Firmenstempel
---------------

# 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. Arbeitslosenversicherung € \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
Sonstige Leistungen (ggf. **gesondert erläutern**)  
\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
**zusammen € \_\_\_\_\_**

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

**Wird von der Gemeinde ausgefüllt!**

Gemeinde

PLZ, Ort, Datum

Geschäftszeichen

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

2. Auszahlungsanordnung fertigen

3. ....

Unterschrift

.....