

<b>Antrag auf Verdienstausschüttung nach §§ 56 ff. Infektionsschutzgesetz (IfSG) als:</b>	 <b>LANDKREIS BÖBLINGEN</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Arbeitgeber</b> <small>bei Tätigkeitsverbot/Absonderung bis zu 6 Wochen</small>	<input type="checkbox"/> <b>Selbständige/r</b>	<input type="checkbox"/> <b>Arbeitnehmer/-in</b> <small>bei Tätigkeitsverbot/Absonderung ab der 7. Woche</small>
<b>Bitte vorrangig per E-Mail an <a href="mailto:gesundheitsamt@lrabb.de">gesundheitsamt@lrabb.de</a> ansonsten in Papierform an das:  Landratsamt Böblingen  Amt für Gesundheit  Parkstraße 4  71034 Böblingen</b>		Eingangsstempel    zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen
<b>1. Angaben zur Firma/Arbeitgeber</b> Name der Firma: _____ Anschrift: _____ E-Mail und Telefon des Ansprechpartners: _____		
<b>2. Angaben zur Person des Betroffenen/Selbständigen</b> Name, Vorname: _____ Anschrift: _____ E-Mail und Telefon: _____ Krankenkasse: _____ Anschrift der Krankenkasse: _____		
<b>3. der/die Betroffene</b> ist tätig als: _____ ist beschäftigt seit: _____ hat einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <small>*dieser Anspruch wurde durch Arbeitsvertrag/Tarifvertrag abgedungen, der maßgebliche Vertrag ist in Kopie beigefügt</small>		
<b>4. Tätigkeitsverbot/Absonderungsmaßnahme nach §§ 30Abs.1 Satz 2; 31 IfSG</b> Letzter Arbeitstag des Betroffenen: _____ Zeitdauer des Tätigkeitsverbots / der Absonderungsmaßnahme (von-bis): _____ Anordnende Behörde (Name, Adresse): _____ eine entsprechende Verfügung <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht eine Ersatztätigkeit (z.B. Heimarbeit) war <input type="checkbox"/> erlaubt <input type="checkbox"/> nicht erlaubt eine Ersatztätigkeit wurde** <input type="checkbox"/> ausgeübt <small>**Nachweis über die Höhe des gezahlten Einkommens beifügen</small>		

nicht ausgeübt, weil:

falls Platz nicht ausreichend, bitte auf  
gesondertem Blatt begründen

## 5. Höhe des Verdienstauffalls

### 5.1 bei Arbeitnehmern

Ein Verdienstauffall in folgender Höhe ist entstanden: \_\_\_\_\_ EUR

Bruttogehalt bei regelmäßiger Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ EUR

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

Während des Tätigkeitsverbots/Absonderungsmaßnahme  
bestand wegen Krankheit Arbeitsunfähigkeit  ja  nein

Falls ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Bitte eine entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse, Attest o.Ä. in Kopie beifügen)

Der Betroffene hat in dem maßgebenden Zeitraum Kurzarbeiter-  
oder Arbeitslosengeld erhalten:  ja  nein

Falls ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Bitte entsprechende Belege in Kopie beifügen)

### 5.2 bei Selbständigen

Ein Verdienstauffall in folgender Höhe ist entstanden: \_\_\_\_\_ EUR

Bruttogehalt bei regelmäßiger Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ EUR

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

**der letzte Einkommenssteuerbescheid**  ist beigefügt  wird nachgereicht

**eine betriebswirtschaftliche Auswertung**  ist beigefügt  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 der Anschrift der Versicherung	Monatliche Aufwendungen
		EUR
		EUR
		EUR
		EUR
		EUR

(Bitte entsprechende Belege in Kopie beifügen)

Bei einer Existenzgefährdung können dem Entschädigungsberechtigten die während der Verdienstauffallzeit 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:

EUR

(Bitte entsprechende Belege in Kopie beifügen)

**Ich bitte darum, die Verdienstaussfallentschädigung auf das folgende Konto zu überweisen**

Kontoinhaber:

Name der Bank:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IBAN:

BIC

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_