

Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V
Fachbereich: Soziales Entschädigungsrecht
Friedrich-Engels-Straße 47
19061 Schwerin

Geschäftszeichen IfSG (§ 56)

Eingangsstempel

- Bitte ausschließlich an diese Adresse senden! -

Antrag auf Verdienstausfallentschädigung nach § 56 Abs. 1 a Infektionsschutzgesetz (IfSG)

bei notwendiger Betreuung aufgrund eines behördlich angeordneten Betretungsverbot oder der vorübergehenden Schließung einer Kindertageseinrichtung, Tagespflegestelle oder Schule für erwerbstätige Sorgeberechtigte bzw. erwerbstätige Pflegeeltern¹.

1. Antragstellerin/ Antragsteller

1.1. Der Antrag wird gestellt als:

Arbeitgeberin/ Arbeitgeber

einer betroffenen erwerbstätigen sorgeberechtigten Person.

Selbstständige/ Selbständiger

die/ der selbst erwerbstätige sorgeberechtigte Person ist.

1.2. Angaben zur Antragstellerin/ zum Antragsteller:

Name / Firma	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon	
E-Mail	

¹ Im Folgenden sind mit erwerbstätiger Sorgeberechtigten Person auch diejenigen erfasst, die als Pflegeeltern die Betreuung absichern müssen und ggf. nicht die Personensorge haben.

2. Zeitraum der Geltendmachung

Der Anspruch gem. § 56 Absatz 1a IfSG wird für untenstehenden Zeitraum/ untenstehende Zeiträume geltend gemacht:

--

3. Angaben zur erwerbstätigen sorgeberechtigten Person

3.1. Angaben zur Person

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

3.2. Angaben zur Versicherungspflicht

Versicherungspflicht zum Zeitpunkt des Betretungsverbot/ der Schließung für die erwerbstätige sorgeberechtigte Person bzw. der Pflegeeltern	Krankenversicherung
	Pflegeversicherung
	Rentenversicherung
	Arbeitslosenversicherung

3.3. Angaben zum Kind/ zu den betroffenen Kindern und der Einrichtung

Die Betreuung ist für mehrere Kinder abzusichern:	
ja	nein

Sofern der Anspruch aufgrund der Absicherung der Betreuung für mehrere Kinder geltend gemacht werden kann, ist es ausreichend die Angaben für eines dieser Kinder zu machen.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Es liegt eine Behinderung vor, die die Hilfe der erwerbstätigen sorgeberechtigten Person bzw. den Pflegeeltern erforderlich macht.	
ja	nein

Name und Anschrift der Einrichtung (Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflegeperson/ Schule)	
Anordnungszeitraum des Betretungsverbot/ der Schließung	vom: _____ bis: _____
Ferien oder Kitaschließzeiten im Anordnungszeitraum	vom: _____ bis: _____ Bei Schließzeiten der Kindertageseinrichtung ist ein entsprechender Nachweis vorzulegen.

4. Arbeitsunfähigkeit

Bestand in den unter Nummer 2 dieses Antrages aufgeführten Antragszeiten eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit der erwerbstätigen sorgeberechtigten Person?

nein

ja, vom bis

Bitte eine Bescheinigung der Krankenkasse oder AU-Bescheinigung beifügen.

5. Entgeltfortzahlung (nicht von selbstständigen Personen auszufüllen)

Der erwerbstätigen sorgeberechtigten Person wurde während des Betretungsverbot/ der Schließung der Einrichtung Entgeltfortzahlung gewährt:

nein

ja

5.1. Bei erfolgter Entgeltfortzahlung:

vom:	bis:	
In Höhe von:	EUR Brutto/	EUR Netto

vom:	bis:	
In Höhe von:	EUR Brutto/	EUR Netto

vom:	bis:	
In Höhe von:	EUR Brutto/	EUR Netto

5.2. Die Entgeltfortzahlung wurde gewährt:

aufgrund von tarif- oder arbeitsvertraglichen Regelungen (Bitte Arbeitsvertrag und ggf. anwendbaren Tarifvertrag benennen und/ oder in Kopie beifügen)
aufgrund sonstiger Gründe (z.B. § 56 Absatz 1a IfSG)

5.3. Die Entgeltfortzahlung wurde gewährt von:

dem unter Nummer 1 näher bezeichneten Antragsteller

und/ oder

von einem Dritten (bitte Anschrift und Grund der Zahlung angeben)

6. Kurzarbeitergeld

Es wurde Kurzarbeitergeld beantragt:	nein	
	ja	
	Wenn ja: vom:	bis:
	In Höhe von: EUR (Bitte Bestätigung der Bundesagentur für Arbeit beifügen.)	
Entscheidung liegt noch nicht vor.		

7. Leistungen nach § 45 SGB V – Kinderkrankengeld

Es bestand ein Anspruch auf Kinder-Krankengeld nach § 45 SGB V für die Betreuung eines erkrankten Kindes:	nein	
	ja	
	Wenn ja: vom:	bis:
	In Höhe von: EUR (Bitte Bestätigung der Krankenkasse beifügen.)	

8. Sonstige Erstattungen

Der erlittene Verdienstausschlag wurde von Dritten erstattet	nein	
	ja	
	Wenn ja: vom:	bis:
	In Höhe von: EUR (Bitte Belege beifügen.)	

9. Anderweitige Betreuungsmöglichkeiten

	Aufgrund der Art der Tätigkeit oder anderen betrieblichen Gründen, ist die Ermöglichung von Homeoffice oder das Ergreifen sonstiger organisatorischer Maßnahmen, die zu einer Vereinbarkeit der Erfüllung der Arbeitspflichten und der Betreuung des Kindes/ der Kinder führen, nicht möglich.
	Vorhandenes Zeitguthaben wurde vorrangig zur Betreuung des Kindes/ der Kinder in Anspruch genommen.
	Die erwerbstätige sorgeberechtigte Person hat glaubhaft dargelegt, dass keine anderweitige Betreuung durch Verwandte oder Freunde bestand.
	Es bestand keine Möglichkeit, eine Notfallbetreuung in Anspruch zu nehmen (bitte Negativbescheinigung des Jugendamtes bzw. der Schulleitung beifügen)

10. Höhe des Verdienstaufalles der erwerbstätigen sorgeberechtigten Person

Bei Anträgen der Arbeitgeberin/ des Arbeitgebers handelt es sich um das für die Zeit des unter Nummer 2 geltend gemachten Zeitraumes fortbezahlte Arbeitsentgelt. Eine Geltendmachung kann maximal für die Dauer des Betretungsverbot/ der Schließung erfolgen.

10.1 Arbeitnehmer/in

Brutto Arbeitsentgelt	EUR
-----------------------	-----

Abzüglich	
Lohnsteuer	EUR
Kirchensteuer	EUR
Solidaritätszuschlag	EUR
Sozialversicherungsbeiträge	EUR

Netto Arbeitsentgelt	EUR
----------------------	-----

Verdienstbescheinigung des letzten Monats:

liegt bei

wird nachgereicht

10.2 Selbstständige

Gewinnausfall	EUR
---------------	-----

Abzüglich	
Einkommensteuer	EUR
Kirchensteuer	EUR
Solidaritätszuschlag	EUR
Sozialversicherungsbeiträge	EUR

Bereinigter Gewinnausfall	EUR
---------------------------	-----

Steuerbescheid des letzten Jahres (ggf. des Vorjahres) und die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) des Vormonates:

liegen bei
werden nachgereicht

11. Kontoverbindung der Antragstellerin/ des Antragstellers

Eine zu gewährende Verdienstaufschlüsselung soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber/in	
IBAN	
BIC	
Bankinstitut	

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

Ich bin damit einverstanden, dass ich bei Rückfragen durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales per E-Mail und oder Telefon kontaktiert werde.

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. Stempel

Anlagen:

Negativbescheinigung Jugendamt/ Schulleitung

letzter Einkommensnachweis / Steuerbescheid

Nachweise der Krankenkasse / Arbeitsagentur / Dritter über den Bezug anderer Leistungen

sonstige Nachweise