

Eingangsvermerk - Eingangsstempel

Az.:

**Stadt Rösrath**

Die Bürgermeisterin  
FB 3 Bürgerdienste, Ordnung  
Bereich Ordnung  
Hauptstraße 229  
51503 Rösrath

**Sachbearbeiter/in:**

Frau Chromow  
Rathausplatz, Zimmer 116  
Tel.: (0 22 05) 802 206  
Fax: (0 22 05) 802 88 229  
Email: Ordnung@Roesrath.de

**Antrag auf Erstattung des fortgewährten Arbeitsverdienstes, der Beiträge zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung sowie sonstiger fortgewährter Leistungen** für ehrenamtliche Angehörige der Freiwilligen Feuerwehr

**I. Angaben zum Antragsteller (Arbeitgeber / Selbständige)**

Name, Vorname, ggf. Geburtsname / Firma			
Anschrift			
(PLZ)	(Wohnort)	(Straße)	(Haus-Nr.)
Tel. (freiwillige Angabe):	Fax-Nr. (freiwillige Angabe):	Email (freiwillige Angabe):	
Bankverbindung			
Institut	IBAN	BIC	

Sehr geehrte Damen und Herren,

dem/der bei mir beschäftigten **Arbeitnehmer/in**

Name, Vorname, ggf. Geburtsname		
Dienst- / Berufsbezeichnung		
<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> aushilfsbeschäftigt

ich bin beruflich Selbständige/r

Dienst- / Berufsbezeichnung
-----------------------------

wurde bei Beurlaubung -ohne Anrechnung auf den Tarifurlaub-  Lohn /  Gehalt zu folgender Veranstaltung fortgezahlt:

Veranstaltung       Einsatz       Übung       Lehrgang

Bezeichnung der Veranstaltung / des Einsatzes			
Ort / Institut			
am / vom ____.____.____	bis ____.____.____	von ____:____ Uhr	bis (Uhrzeit) ____:____ Uhr

<b>Arbeitszeit gem. Vertrag</b>			
Stunden wöchentlich _____	Tage wöchentlich _____	von ____:____ Uhr	bis ____:____ Uhr

An  Lohn /  Gehalt (incl. Leistungen gem. Ziffer 1. a) - r) des Infoblattes wurden \_\_\_\_\_,\_\_\_\_ EUR für  die Woche /  den Monat von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ vertragsgemäß gezahlt.

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

\_\_\_\_\_ ,\_\_\_\_ EUR       Monats- /  Wochenlohn  
 :                                       Monats- /  Wochenstunden (Wochenstd. x 4,348 = Monatsstd.)  
 = \_\_\_\_\_ ,\_\_\_\_ EUR  
 x \_\_\_\_\_                              Ausfallstunden  
 = \_\_\_\_\_ ,\_\_\_\_ **EUR**

Leistungen nach Ziffer 2. a) - g) des Infoblattes sind in o. g. Summe nicht enthalten. Ich versichere, dass unser Unternehmen nicht zum öffentlichen Dienst gehört und auch aus tarifrechtlichen Gründen nicht als öffentlicher Dienst anzusehen ist.

*Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß § 21 Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz (BHKG), entspricht dem Art. 13 EU DSGVO und ist zur weiteren Bearbeitung erforderlich. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer [Homepage](#).*

Ort, Datum	Unterschrift	Firmenstempel

(nicht vom Antragsteller auszufüllen)	
Die / der Vorgenannte hat an der Veranstaltung nach dem BHKG vom _____.____.____ bis _____.____.____ teilgenommen.    <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ (Stempel / Unterschrift)</div>	Die feststellende bzw. anordnende Stelle          <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ Sachlich und rechnerisch richtig</div>