

Name, Anschrift des Antragstellers:

Ort

Datum

Tel-Nr., Durchwahl _____ Fax-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Name des Sachbearbeiters _____

per Fax: 08782/9600-22

An den
Markt Pfeffenhausen
Marktplatz 3
84076 Pfeffenhausen

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

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

Der Arbeitnehmer

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____ Geburtsort _____

Wohnort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) _____

beschäftigt _____ als _____ seit _____
 ständig vorübergehend

hat Feuerwehrdienst geleistet

war wegen einer auf den Feuerwehrdienst zurückführenden Krankheit arbeitsunfähig und ist deswegen in den nachstehend genannten Zeiten der Arbeit ohne Anrechnung auf den Tarifurlaub ferngeblieben:

Feuerwehrdienst
am _____ von _____ : _____ Uhr bis _____ : _____ Uhr

am _____ von _____ : _____ Uhr bis _____ : _____ Uhr

am _____ von _____ : _____ Uhr bis _____ : _____ Uhr

Prüfvermerke der Gemeinde
Feuerwehrdienstleistung
am _____ von _____ : _____ Uhr bis _____ : _____ Uhr
Art des Dienstes: _____
am _____ von _____ : _____ Uhr bis _____ : _____ Uhr
Art des Dienstes: _____
am _____ von _____ : _____ Uhr bis _____ : _____ Uhr
Krankheit vom _____ bis _____
ist auf den Feuerwehrdienst zurückzuführen: _____ Tage/Std

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

Die Erstattung des auf der zweiten Seite errechneten Betrags wird auf folgendes Konto erbeten:

IBAN: _____ BIC: _____ Geldinstitut: _____
(Firmenstempel bei Versand durch Post)

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 € _____

In diesem Bruttobetrag 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:

Bruttomonatslohn € _____

Arbeitgeberanteile zur gesetzl. Sozial- u. Arbeitslosenversicherung € _____

Sonstige Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

_____ € _____

_____ € _____

zusammen € _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

€ _____

Wird von der Gemeinde ausgefüllt!

Markt Pfeffenhausen

84076 Pfeffenhausen, _____

Geschäftszeichen 091

1. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft und der Erstattungsbetrag auf € _____ festgestellt.
2. Auszahlungsanordnung fertigen.

Unterschrift