

Antrag auf Erstattung/Entschädigung von Arbeitgeberaufwendungen

nach § 56 Abs. 1a Infektionsschutzgesetz

Referat 21

Kinderbetreuung sorgeberechtigter Arbeitnehmer

1. sorgeberechtigter Arbeitnehmer *	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift:	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ	Ort
Beruf *	derzeitige Tätigkeit
Beschäftigungsverhältnis:	
Beginn *	Beendigung
	Befristung: befristet unbefristet

2. Arbeitgeber des sorgeberechtigten Arbeitnehmers *	
Name/Bezeichnung	
Anschrift:	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ	Ort

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

3. Kind/er des sorgeberechtigten Arbeitnehmers *

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Bezeichnung und Anschrift Kita/Schule	Liegt eine Behinderung vor?
			Ja
			Nein
			Ja
			Nein
			Ja
			Nein
			Ja
			Nein

(weitere Angaben ggf. auf separater Anlage)

4. Betreuungszeitraum

Die Schließung der Betreuungseinrichtung/Schule wurde von der zuständigen Behörde angeordnet:

Bezeichnung *

Schließung/Betreuungsverbot seit: *

Aufhebung des Verbots ab: *

(Bitte Kopie der Schließungsbescheinigung beifügen)

Krankschreibung:

War der sorgeberechtigte Arbeitnehmer und/oder dessen Kind/er während des Betreuungszeitraums krank geschrieben?

Ja Nein

Falls Ja:

vom bis

(Bitte Krankenschein als Kopie beifügen)

5. Krankenkasse

sorgeberechtigter Arbeitnehmer

Der sorgeberechtigte Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:

Name der Krankenkasse

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

Kind/er des sorgeberechtigten Arbeitnehmers

Das Kind/die Kinder ist/sind krankenversichert bei:

Name der Krankenkasse

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

6. Versicherung

Besteht für den Betrieb eine Seuchenversicherung?

Ja Nein

Falls Ja:

Name der Versicherung

Anschrift:

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

Wurde eine Entschädigung gezahlt?

Ja Nein

7. Beschäftigung während des Tätigkeitsverbotes

War der Arbeitnehmer während des Tätigkeitsverbotes innerhalb des Betriebes anderweitig beschäftigt?

Ja Nein

Falls Ja:

vom bis daraus erzielt
Nettoeinkommen

EUR

Falls Nein:

Begründung erforderlich, da Erstattungsanspruch davon abhängig ist

Der Arbeitgeber hat alle Anstrengungen zu unternehmen, dass auf Grund von Maßnahmen nach IfSG (Tätigkeitsverbote) Lohnausfälle zu vermeiden sind.

8. Kurzarbeiter- oder Arbeitslosengeld

Hat der sorgeberechtigte Arbeitnehmer in dem maßgebenden Zeitraum Kurzarbeiter- oder Arbeitslosengeld erhalten?

Ja Nein

(Falls Ja, bitte entsprechende Belege in Kopie beifügen)

9. einzureichende Unterlagen

(durch den Arbeitgeber einzureichen)

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag bitte beizufügen:

- Lohn- und Gehaltsbescheinigungen der letzten drei Monate sowie des Monats, für den eine Erstattung/Entschädigung beantragt wird.
- Kopie Kinderausweis/e oder Geburtsurkunde/n
- Kopie der Bescheinigung über die Schließung der Einrichtung (Kita/Schule)
- Eidesstattliche Versicherung des Arbeitnehmers, dass keine andersweitige zumutbare Betreuungsmöglichkeit für das Kind/die Kinder sichergestellt werden kann/konnte (Anlage 1)

10. Bankverbindung für Erstattungszahlung

Die Überweisung der Entschädigung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name und Ort der Bank *

IBAN: *

Hinweise

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link [www.sachsen.de](#) sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Es wird darauf hingewiesen, dass Sie mit Antragstellung gleichzeitig Ihr Einverständnis zur elektronischen Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten bis zum Abschluss der Antragsbearbeitung erteilen.

Subventionserhebliche Tatsachen

In Anträgen und Abrechnungen gemachte Angaben sind subventionserhebliche Tatsachen. Falsche Angaben sind nach § 264 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar.

Hiermit wird versichert, dass die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht worden sind.

Ort *

Datum *

Unterschrift Arbeitgeber

Anlage 1

zum Antrag auf Erstattung/Entschädigung von Arbeitgeberaufwendungen

nach § 56 Abs. 1a Infektionsschutzgesetz
(IfSG)

Eidesstattliche Versicherung des sorgeberechtigten Arbeitnehmers

Hiermit versichere ich eidesstattlich, dass keine andersweitige zumutbare Betreuungsmöglichkeit für mein Kind/meine Kinder sichergestellt werden kann/konnte.

Ort *

Datum *

Unterschrift des sorgeberechtigten Arbeitnehmers