

Anschrift des Arbeitgebers (Stempel):

Stadtverwaltung Gera  
Fachdienst Brand- und Katastrophenschutz  
Berliner Straße 153  
07546 Gera

**Wichtig:**  
Bitte umgehend an die nebenstehende  
Adresse zurücksenden!

**Antrag auf Erstattung des Verdienstauffalls zum umseitig genannten Einsatz**

|   |          |
|---|----------|
| Name, Vorname (des Kameraden)                             |          |
| Wohnanschrift (des Kameraden); Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort |          |
| ist in unserem Betrieb beschäftigt als                    | seit dem |

|  |
|--|
| Lohn/Gehalt für die Zeit vom...bis...weitergezahlt |
|--|

|   |      |      |
|---|------|------|
| Die regelmäßige Arbeitszeit betrug in diesem Zeitraum |      |      |
| Stunden   | bzw. | Tage |

**Es wird um Erstattung folgender Leistungen gebeten:**

Selbständige oder Freiberufler geben ihre pauschalierten Stundenbeträge an; die Bestätigung durch den Steuerberater ist beizufügen!

| Lohn/Gehalt (Bruttoverdienst) |   |     |        |     |
|-------------------------------|---|-----|--------|-----|
| Stunden                       | a | EUR | Gesamt | EUR |

| Den für diesen Zeitraum gezahlten Arbeitgeberanteil zur |  |  |              |            |
|---|--|--|--------------|------------|
| Krankenversicherung                                     |  |  | %            | EUR        |
| Angestellten- / Arbeiterrentenversicherung              |  |  | %            | EUR        |
| Arbeitslosenversicherung                                |  |  | %            | EUR        |
| Pflegeversicherung                                      |  |  | %            | EUR        |
|   |  |  | <b>Summe</b> | <b>EUR</b> |

Wir bitten um Erstattung der Lohn- / Gehaltsforderungen auf die Bankverbindung des Arbeitgebers:

|                |                  |     |
|----------------|------------------|-----|
| Kreditinstitut | IBAN             | BIC |
| Kontoinhaber   | Verwendungszweck |     |

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum