

Name und Anschrift der zuständigen Behörde*

**Ihre zuständige Behörde sowie die dazugehörige Anschrift finden Sie mit Hilfe des Zuständigkeitsfinders auf der offiziellen Infoseite www.ifsg-online.de*

**Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus. Grundsätzlich sind alle Angaben Pflichtfelder.
Ausnahmen sind entsprechend gekennzeichnet.**

Antrag für Arbeitgeber

auf Erstattung von Arbeitgeberaufwendungen bei Verdienstaussfall eines Arbeitnehmers auf Grund behördlich angeordneter Quarantäne (Absonderung) oder Tätigkeitsverbot nach § 56 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)



Mit diesem Antrag können Sie die Erstattung von Entschädigungen beantragen, die Sie an Ihre Arbeitnehmer geleistet haben. Dafür muss Ihr Arbeitnehmer einen Verdienstaussfall erlitten haben, weil er auf Grund behördlicher Anordnung abgesondert wurde oder seine Tätigkeit nicht mehr ausüben durfte. Bitte beachten Sie, dass Sie Anträge nur rückwirkend stellen können.

Unter anderem bestehen folgende Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Entschädigung:

- Eine behördlich angeordnete Absonderung (Quarantäne) nach § 30 IfSG oder ein Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG
- Keine Möglichkeit, den Verdienstaussfall durch eine andere zumutbare Tätigkeit auszugleichen
- Der Beginn des Tätigkeitsverbotes oder das Ende der Absonderung müssen zum Zeitpunkt der Antragstellung weniger als 12 Monate zurückliegen
- Keine Erkrankung oder Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers

Für die Beurteilung der Anspruchshöhe sollen unter anderem bereitgestellt werden:

- Lohnnachweise für jeden Monat mit Verdienstaussfall
- Lohnnachweise der letzten 2 Arbeitsmonate vor Verdienstaussfall.*

**Bei mehreren Monaten mit Verdienstaussfall müssen die Nachweise für jene 2 Arbeitsmonate erbracht werden, die vor dem ersten Monat mit Verdienstaussfall liegen. Sollte der erste Betreuungstag beispielsweise in den Monat Mai fallen, wären Lohnnachweise für die Monate März und April bereitzustellen.*

Antragsteller

Name des Unternehmens

Handelsregisternummer*

Amtsgericht*

Steuernummer

**Optional*

Unternehmensanschrift: Straße, Hausnummer, Adresszusatz, PLZ, Ort

Bankverbindung*

**Eine Zahlung ist nur an eine deutsche Bankverbindung möglich.*

Name der Bank

BIC

IBAN

Kontaktperson für Rückfragen

Herr

Frau

Divers

Name, Vorname

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

DE-Mail-Adresse*

**Optional. Mail-Angebot des BMI für sichere elektronische Kommunikation*

Handelt es sich bei der Kontaktperson um einen Bevollmächtigten?*

Ja

**Wenn Sie kein Mitarbeiter im Unternehmen sind und diesen Antrag im Auftrag des Unternehmens stellen*

(z.B. als Steuerberater), dann beantworten Sie diese Frage mit „Ja“. Es wird in diesem Fall ein Nachweis der Vollmacht benötigt.

Nein

Falls ja, geben Sie bitte die Anschrift des Bevollmächtigten an: Straße, Hausnummer, Adresszusatz, PLZ, Ort*

**Bescheide und sonstige Korrespondenz werden dann an diese Adresse geschickt.*

Arbeitnehmer

Herr

Frau

Divers

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer*

E-Mail-Adresse*

**Optional*

PLZ und Ort der Betriebsstätte, in welcher der Arbeitnehmer tätig ist

Private Anschrift des Arbeitnehmers*

**Optional*

Straße, Hausnummer, Adresszusatz, PLZ, Ort

Tätigkeitsverbot bzw. Absonderung

Behördliche Anordnung

Bitte geben Sie an, was für eine Art der behördlichen Anordnung besteht.*

**Es besteht nur Anspruch auf eine Entschädigungszahlung, wenn ein behördliches Tätigkeitsverbot oder eine Anordnung zur Absonderung besteht.*

Tätigkeitsverbot

Absonderung

Von welcher Behörde (Name) wurde das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung angeordnet?

PLZ und Ort der Behörde

Wurde das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung mündlich angeordnet?*

Ja

**Falls ja, bitte beantragen Sie bei der verantwortlichen Stelle, falls möglich, zusätzlich eine schriftliche Bestätigung.*

Nein



Es kann kein Anspruch auf Entschädigung für einen zukünftigen Verdienstaussfall geltend gemacht werden. Für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung, der in der Zukunft liegt, muss ein weiterer Antrag gestellt werden. Außerdem kann höchstens ein Zeitraum von 6 Wochen angegeben werden, da ein Arbeitgeber für höchstens diesen Zeitraum eine Lohnfortzahlung leisten muss.

Startdatum des Tätigkeitsverbots
bzw. der Absonderung

Enddatum des Tätigkeitsverbots
bzw. der Absonderung*

**Optional, falls bereits bekannt.*

Betriebsschließung

War der gesamte Betrieb des vorgenannten Arbeitnehmers im Zeitraum des Tätigkeitsverbots
bzw. der Absonderung geschlossen?

Ja

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an

Nein

Startdatum Betriebsschließung

Enddatum Betriebsschließung*

**War der Betrieb nur an einem einzelnen Tag geschlossen, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

Anspruchsberechtigung

Ich bestätige, dass der vorgenannte Arbeitnehmer während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung
keine Möglichkeit hatte, die Arbeit zur Gänze von zu Hause auszuüben.

Ja

Nein

Bestand Anspruch auf eine Lohnfortzahlung nach § 616 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch)?*

Ja

**Dies ist grundsätzlich der Fall, es sei denn, dass im geltenden Tarifvertrag oder im individuellen Arbeitsvertrag eine konkrete Regelung getroffen wurde und der Arbeitnehmer aus § 616 (1) BGB ausgeschlossen ist.*

Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an

Startdatum Lohnfortzahlung (§ 616 BGB)

Enddatum Lohnfortzahlung (§ 616 BGB)*

**Bestand Anspruch auf eine Lohnfortzahlung für nur einen einzelnen Tag, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

Bestand Anspruch auf eine Lohnfortzahlung nach § 19 BBiG, weil der Arbeitnehmer in Ausbildung war?

Ja

Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an

Startdatum Lohnfortzahlung (§ 19 BBiG)

Enddatum Lohnfortzahlung (§ 19 BBiG)*

**Bestand Anspruch auf eine Lohnfortzahlung für nur einen einzelnen Tag, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

Persönliche Umstände

War der Arbeitnehmer während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung arbeitsunfähig* krank? Ja

**Kranke Personen haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Entschädigung nach § 56 (1) IfSG, da Sie arbeitsunfähig sind. Sie erleiden dadurch keinen Verdienstaussfall, da sie entweder Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber oder Krankengeld durch die Krankenkasse erhalten.* Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an.

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 1* Enddatum Arbeitsunfähigkeit 1*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 2* Enddatum Arbeitsunfähigkeit 2*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 3* Enddatum Arbeitsunfähigkeit 3*

**War der Arbeitnehmer nur an einem einzelnen Tag arbeitsunfähig krank, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

Hatte der Arbeitnehmer während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung im Vorfeld genehmigten Urlaub? Ja

Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an

Startdatum Urlaub 1* Enddatum Urlaub 1*

Startdatum Urlaub 2* Enddatum Urlaub 2*

Startdatum Urlaub 3* Enddatum Urlaub 3*

**Hatte der Arbeitnehmer nur einen einzelnen Tag Urlaub, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

War der Arbeitnehmer während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung arbeitsbefreit aufgrund eines kranken Kindes nach § 45 SGB V? Ja

Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an

Startdatum Arbeitsbefreiung 1* Enddatum Arbeitsbefreiung 1*

Startdatum Arbeitsbefreiung 2* Enddatum Arbeitsbefreiung 2*

Startdatum Arbeitsbefreiung 3* Enddatum Arbeitsbefreiung 3*

**War der Arbeitnehmer nur an einem einzelnen Tag arbeitsbefreit, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

Entschädigung



Falls die Tage des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung in verschiedene Kalendermonate fallen, müssen die nachfolgenden Angaben pro Kalendermonat gemacht werden.

Monat 1, Name des Monats

Bitte geben Sie den Bruttolohn an, auf den der Arbeitnehmer in diesem Monat Anspruch gehabt hätte.* EUR

**D.h. ohne Abwesenheit infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung und ohne Kurzarbeitergeld*

Falls der angegebene Bruttolohn vom durchschnittlichen Lohn der beiden letzten Monate vor Verdienstaussfall abweicht, begründen Sie bitte die Differenz. Wenn möglich, stellen Sie bitte entsprechende Nachweise zur Verfügung.

Bitte geben Sie den Brutto-Verdienstaussfall des Arbeitnehmers infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat an. EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Verdienstaussfalls (z.B. bei Teilzeit oder sonstigen besonderen Arbeitszeiten)*
**Optional*

Bitte geben Sie den Netto-Verdienstaufschlag des Arbeitnehmers infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat an*		EUR
<i>*vor Berücksichtigung von sonstigen Zuschüssen, Einkommen aus Ersatztätigkeiten und Arbeitslosengeld</i>		
Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)*		EUR
<i>*Sollte der Arbeitnehmer freiwillig gesetzlich versichert oder privat krankenversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.</i>		
Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der sozialen Pflegeversicherung ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)*		EUR
<i>*Sollte der Arbeitnehmer nicht in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.</i>		
Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)*		EUR
<i>*Sollte der Arbeitnehmer nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.</i>		
Falls der Arbeitnehmer in der Arbeitslosenversicherung gesetzlich pflichtversichert ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)*		EUR
<i>*Sollte der Arbeitnehmer nicht gesetzlich pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.</i>		
Hadte der Arbeitnehmer Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat?	Ja Nein	
Falls ja, in welcher Höhe* (Netto-Arbeitslosengeld I, d.h. Zahlungsbetrag)		EUR
<i>*Zur Berechnung erfassen Sie zuerst alle Tage mit Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat. Danach multiplizieren Sie die Anzahl der Tage mit dem täglichen Zahlungsbetrag gemäß des Bescheids der Bundesagentur für Arbeit.</i>		
Ist dem Arbeitnehmer Zuschuss-Wintergeld infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat entgangen?	Ja Nein	
Falls ja, in welcher Höhe (netto)*		EUR
<i>*anteilig, d.h. nur der auf den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung anfallende Anteil des Zuschuss-Wintergelds</i>		
Hat der Arbeitnehmer sonstige Zuschüsse des Arbeitgebers im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat erhalten?	Ja Nein	
Falls ja, in welcher Höhe (netto)		EUR
Hat der Arbeitnehmer in diesem Monat zusätzliches Einkommen aus Ersatztätigkeiten bezogen?	Ja Nein	
Falls ja, in welcher Höhe (netto)		EUR
Falls ja, bitte geben Sie weitere Informationen zur Ersatztätigkeit an		

Monat 2, Name des Monats

Bitte geben Sie den Bruttolohn an, auf den der Arbeitnehmer in diesem Monat Anspruch gehabt hätte.*

EUR

**D.h. ohne Abwesenheit infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung und ohne Kurzarbeitergeld*

Falls der angegebene Bruttolohn vom durchschnittlichen Lohn der beiden letzten Monate vor Verdienstaufschlag abweicht, begründen Sie bitte die Differenz. Wenn möglich, stellen Sie bitte entsprechende Nachweise zur Verfügung.

Bitte geben Sie den Brutto-Verdienstaufschlag des Arbeitnehmers infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat an. EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Verdienstaufschlags (z.B. bei Teilzeit oder sonstigen besonderen Arbeitszeiten)*
**Optional*

Bitte geben Sie den Netto-Verdienstaufschlag des Arbeitnehmers infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat an* EUR
**vor Berücksichtigung von sonstigen Zuschüssen, Einkommen aus Ersatztätigkeiten und Arbeitslosengeld*

Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, EUR
Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)*
**Sollte der Arbeitnehmer freiwillig gesetzlich versichert oder privat krankenversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der sozialen Pflegeversicherung ist, EUR
Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)*
**Sollte der Arbeitnehmer nicht in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung ist, EUR
Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)*
**Sollte der Arbeitnehmer nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

Falls der Arbeitnehmer in der Arbeitslosenversicherung gesetzlich pflichtversichert ist, EUR
Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)*
**Sollte der Arbeitnehmer nicht gesetzlich pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

Hatte der Arbeitnehmer Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat? Ja
Nein

Falls ja, in welcher Höhe* (Netto-Arbeitslosengeld I, d.h. Zahlungsbetrag) EUR

**Zur Berechnung erfassen Sie zuerst alle Tage mit Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat. Danach multiplizieren Sie die Anzahl der Tage mit dem täglichen Zahlungsbetrag gemäß des Bescheids der Bundesagentur für Arbeit.*

Ist dem Arbeitnehmer Zuschuss-Wintergeld infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat entgangen? Ja
Nein

Falls ja, in welcher Höhe (netto)* EUR

**anteilig, d.h. nur der auf den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung anfallende Anteil des Zuschuss-Wintergelds*

Hat der Arbeitnehmer sonstige Zuschüsse des Arbeitgebers im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat erhalten? Ja
Nein

Falls ja, in welcher Höhe (netto) EUR

Hat der Arbeitnehmer in diesem Monat zusätzliches Einkommen aus Ersatztätigkeiten bezogen? Ja
Nein

Falls ja, in welcher Höhe (netto) EUR

Falls ja, bitte geben Sie weitere Informationen zur Ersatztätigkeit an

Monat 3, Name des Monats

Bitte geben Sie den Bruttolohn an, auf den der Arbeitnehmer in diesem Monat Anspruch gehabt hätte.* EUR
**D.h. ohne Abwesenheit infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung und ohne Kurzarbeitergeld*

Falls der angegebene Bruttolohn vom durchschnittlichen Lohn der beiden letzten Monate vor Verdienstausschluss abweicht, begründen Sie bitte die Differenz. Wenn möglich, stellen Sie bitte entsprechende Nachweise zur Verfügung.

Bitte geben Sie den Brutto-Verdienstausschluss des Arbeitnehmers infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat an. EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Verdienstausschlusses (z.B. bei Teilzeit oder sonstigen besonderen Arbeitszeiten)*
**Optional*

Bitte geben Sie den Netto-Verdienstausschluss des Arbeitnehmers infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat an* EUR
**vor Berücksichtigung von sonstigen Zuschüssen, Einkommen aus Ersatztätigkeiten und Arbeitslosengeld*

Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)* EUR
**Sollte der Arbeitnehmer freiwillig gesetzlich versichert oder privat krankenversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der sozialen Pflegeversicherung ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)* EUR
**Sollte der Arbeitnehmer nicht in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)* EUR
**Sollte der Arbeitnehmer nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

Falls der Arbeitnehmer in der Arbeitslosenversicherung gesetzlich pflichtversichert ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)* EUR
**Sollte der Arbeitnehmer nicht gesetzlich pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

Hatte der Arbeitnehmer Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat? Ja
Nein

Falls ja, in welcher Höhe* (Netto-Arbeitslosengeld I, d.h. Zahlungsbetrag) EUR
**Zur Berechnung erfassen Sie zuerst alle Tage mit Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat. Danach multiplizieren Sie die Anzahl der Tage mit dem täglichen Zahlungsbetrag gemäß des Bescheids der Bundesagentur für Arbeit.*

Ist dem Arbeitnehmer Zuschuss-Wintergeld infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat entgangen? Ja
Nein

Falls ja, in welcher Höhe (netto)* EUR
**anteilig, d.h. nur der auf den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung anfallende Anteil des Zuschuss-Wintergelds*

Hat der Arbeitnehmer sonstige Zuschüsse des Arbeitgebers im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat erhalten? Ja
Nein

Falls ja, in welcher Höhe (netto) EUR

Hat der Arbeitnehmer in diesem Monat zusätzliches Einkommen aus Ersatztätigkeiten bezogen? Ja

Nein

Falls ja, in welcher Höhe (netto)

EUR

Falls ja, bitte geben Sie weitere Informationen zur Ersatztätigkeit an

Bestätigung

Ich bestätige, dass der Arbeitnehmer keine anderen Arbeitstätigkeiten im betroffenen Zeitraum hat durchführen können bzw. keine Möglichkeit zu anderen Arbeitstätigkeiten böswillig unterlassen hat. Ja

Nein

Steuerliche Informationen des Arbeitnehmers

Steuerliche Identifikationsnummer

Steuerklasse I II III IV V VI keiner Steuerklasse angehörig

Ist der Arbeitnehmer als Geringverdiener eingestuft? Ja

Nein

Ist der Arbeitnehmer in einer geringfügigen Beschäftigung? Ja

Nein

Nachweise

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und beantrage die Erstattung der vorgenannten Beträge auf das angegebene Konto. Ja

Nein

Ich füge folgende (für die Bearbeitung zwingend notwendige) Unterlagen bei:

Nachweis über das Entgelt, das an den Arbeitnehmer in den 2 Arbeitsmonaten vor dem Verdienstaustausch gezahlt wurde* (z.B. Lohnbescheinigung)
**Bei mehreren Monaten mit Verdienstaustausch müssen die Nachweise für jene 2 Arbeitsmonate erbracht werden, die vor dem ersten Monat mit Verdienstaustausch liegen. Sollte der erste Betreuungstag beispielsweise in den Monat Mai fallen, wären Lohnnachweise für die Monate März und April bereitzustellen.*

(Falls zutreffend) Nachweis der Vollmacht, sollten Sie den Antrag in Vertretung für den Arbeitgeber stellen (z.B. als Steuerberater)

Weitere Nachweise, die bei der Bearbeitung des Antrags helfen können:

- Nachweis über die Anordnung des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung*
**Wenn Ihnen die Anordnung bisher nur mündlich vorliegt, fordern Sie diese bitte schriftlich von der verantwortlichen Behörde an.*
- Nachweis über das Entgelt, das an den Arbeitnehmer im maßgeblichen Zeitraum gezahlt wurde*
**Z.B. Lohnabrechnungen des Arbeitnehmers für die Monate, in denen der Verdienstaustausch vorfiel.*
- (Falls zutreffend und vorhanden) Nachweis über die Schließung des Betriebs
- Sonstiges*
**Sonstige Nachweise oder Bescheinigungen, die bei der Bearbeitung Ihres Antrags helfen können. Dies sind beispielsweise weitere Nachweise über den Verdienstaustausch. Diese Angaben können bei der zügigen Bearbeitung des Antrags helfen und vermeiden Rückfragen.*

Hiermit stimme ich zu, dass die Finanzbehörden meine steuerlichen Daten gegenüber der für die Prüfung meines Antrags auf Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz zuständigen Stelle offenbaren dürfen, soweit diese Daten für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind. Ja
Nein



Es wird darauf hingewiesen, dass auch ohne Zustimmung ein Abgleich Ihrer steuerlichen Daten bei den Finanzbehörden erfolgen kann, soweit die Daten für die Entscheidung über Bewilligung, Gewährung, Rückforderung, Erstattung, Weitergewährung oder Belassen der Entschädigungsleistung oder für die Geltendmachung eines Anspruchs auf Rückgewähr der Entschädigungsleistung erforderlich sind, § 31a Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b Doppelbuchst. bb und Nr. 2 der Abgabenordnung (AO). Das gilt auch für die durch Sie angegebenen steuerlichen Daten Dritter, die die Entschädigung beantragt, empfangen oder behalten haben und damit in eigener Person betroffen sind.

Datum

Ort

.....
Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten