

Antragsteller (Stempel)

Ort, Datum

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Stadt Deggendorf
-Ordnungsamt-
Postfach 19 20
94459 Deggendorf

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

Der Arbeitnehmer

Name, Vorname _____
Geburtsdatum und -ort _____
Anschrift (PLZ, Ort, Str., Hs.Nr.) _____
Beschäftigt als _____
Beschäftigt seit _____

- ☐ hat Feuerwehrdienst geleistet
☐ war wegen einer auf den Feuerwehrdienst zurückzuführenden Krankheit arbeitsunfähig
☐ hat an einer Fortbildungsveranstaltung teilgenommen (Zeugnis liegt bei)
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

Arbeitsunfähigkeit

Fortbildung

vom _____ bis _____ vom _____ bis _____

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

Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Konto-Nummer	BLZ	Bank

Unterschrift

Berechnung der fortgewährten Leistungen

(vom Arbeitgeber auszufüllen)

1. Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt ____ Tage ____ Stunden

Prüfungsvermerke der

Im letzten O Lohn- O Gehaltszahlungsabschnitt vor der Dienstleistung

Gemeinde

wurden O tarif- O vertragsmäßig gezahlt als

O Bruttomonatslohn O Bruttowochenlohn O Bruttostundenlohn _____ € _____ €

O Bruttomonatsgehalt _____ € _____ €

In diesen Bruttobeträgen sind folgende Zulagen enthalten:

_____ € _____ €

_____ € _____ €

_____ € _____ €

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung im gleichen Zeitraum _____ € _____ €

Sonstige fortgewährte Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

_____ € _____ €

_____ € _____ €

2. Für die Dauer des Feuerwehrdienstes und/oder der Arbeitsunfähigkeit, das sind

_____ Arbeitstage _____ Arbeitsstunden wurden weiterbezahlt:

O Bruttolohn O Bruttogehalt _____ € _____ €

Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozial- und Arbeitslosenversicherung _____ € _____ €

Sonstige Leistungen (ggf. gesondert erläutern)

_____ € _____ €

_____ € _____ €

_____ € _____ €

zusammen _____ € _____ €

Feststellung der Stadt Deggendorf

(wird vom Ordnungsamt ausgefüllt)

1. Bestätigung der Feuerwehr

Der Feuerwehrdienst bzw. die Arbeitsunfähigkeit des genannten Arbeitnehmers wird durch die

- ☐ FFW Deggendorf
- ☐ FFW Deggenau
- ☐ FFW Eichberg
- ☐ FFW Fischerdorf
- ☐ FFW Greising
- ☐ FFW Mietraching
- ☐ FFW Natternberg-Rettenbach
- ☐ FFW Seebach

bestätigt.

Deggendorf, _____

Unterschrift des 1. Kommandanten

2. Anweisung des Ordnungsamtes

2.1. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wurde überprüft.

2.2. Der Erstattungsbetrag wird auf _____ € festgesetzt.

2.3. Die Auszahlung erfolgt von HHSt. 0.1301.6770

2.4. Zur Zahlung angewiesen am _____.

Deggendorf, _____

-Ordnungsamt-

T. Zöllner