

**Antrag auf Verdienstausschüttung**  
nach §§ 56 ff des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Landesamt für soziale Dienste  
Schleswig-Holstein  
Steinmetzstraße 1-11  
24534 Neumünster

<b>Geschäftszeichen:</b>	
Name der Firma	
Anschrift	

<b>1. Persönliche Angaben</b>		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		

<b>2. Zeitdauer des Tätigkeitsverbots oder der Absonderung</b>		
Vom	bis (einschließlich)	

<b>3. Ort der Absonderung</b>	
-------------------------------	--

<b>4. Schriftliche Bestätigung des Tätigkeitsverbots</b>		
Behörde	vom	

<b>5. Der/Die Betroffene ist</b>	
<input type="checkbox"/> Auszubildende/r i. S. von § 10 Berufsbildungsgesetz	

<b>6. Der/Die Betroffene hat im Falle einer Quarantäne oder eines Tätigkeitsverbots nach dem IfSG</b>	
<input type="checkbox"/> einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB	
<input type="checkbox"/> keinen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB	
Bitte eine Kopie des Tarifvertrages oder des Beschäftigungsvertrages beifügen.	

**7. Ersatztätigkeit war**

erlaubt

nicht erlaubt

---

**Ersatztätigkeit wurde**

ausgeübt (Nachweis über Höhe des gezahlten Einkommens beifügen)

nicht ausgeübt, weil

**8. Während des Tätigkeitsverbot bestand**

Arbeitsunfähigkeit i. S. der gesetzlichen Krankenversicherung

keine Arbeitsunfähigkeit

Eine entsprechende Bescheinigung ist beigelegt.

**9.** In welcher gesetzlichen Krankenversicherung ist der/die Betroffene versichert? (Name und Anschrift)

**10.** In welcher gesetzlichen Rentenversicherung ist der/die Betroffene versichert? (Name, Anschrift und unbedingt Versicherungsnummer angeben)

**11. Höhe des Verdienstauffalls**

**11.1 Bei Arbeitnehmern:**

Gezahltes Bruttogehalt des Monats, in dem das Tätigkeitsverbot bestanden hat (siehe 2.) **Nachweise bitte beifügen.** \_\_\_\_\_ €

**abzüglich**

a) Lohnsteuer \_\_\_\_\_ €

b) Solidaritätszuschlag \_\_\_\_\_ €

c) Kirchensteuer \_\_\_\_\_ €

d) Krankenversicherung \_\_\_\_\_ €

e) Pflegeversicherung \_\_\_\_\_ €

f) Rentenversicherung \_\_\_\_\_ €

g) Arbeitslosenversicherung \_\_\_\_\_ €

**Netto-Arbeitsentgelt** \_\_\_\_\_ €

=====

Weicht das Bruttogehalt regelmäßig in den letzten abgerechneten drei Monaten vor Beginn des Tätigkeitsverbots vom Monatsgehalt ab?

Monat	steuerpflichtiges Gesamtbrutto ohne Sonderzahlungen/ Einmalzahlungen	Steuern	Pflichtabgaben zur gesetzlichen Sozialversicherung

11.2	<p>Bei Selbständigen:</p> <p>Brutto-Arbeitsentgelt während der <b>Zeit des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung</b> (siehe 2.). (Berechnet nach einem Zwölftel des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Jahres-Arbeitseinkommens/§ 15 des Vierten Sozialgesetzbuch)</p> <p style="text-align: right;">_____ €</p> <p><b>abzüglich</b></p> <p>a) Lohnsteuer _____ €</p> <p>b) Solidaritätszuschlag _____ €</p> <p>c) Kirchensteuer _____ €</p> <p>d) Krankenversicherung _____ €</p> <p>e) Pflegeversicherung _____ €</p> <p>f) Rentenversicherung _____ €</p> <p><b>Netto-Arbeitsentgelt</b> _____ €</p> <p style="text-align: right;">=====</p>
Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.	

11.3	<p>Bei Heimarbeiterin:</p> <p>Brutto-Arbeitsentgelt während der <b>Zeit des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung</b> (siehe 2.). (Berechnet nach dem durchschnittlichen monatlichen Brutto-Arbeitsentgelt im letzten Jahr vor Anordnung des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung)</p> <p style="text-align: right;">_____ €</p> <p><b>abzüglich</b></p> <p>a) Lohnsteuer _____ €</p> <p>b) Solidaritätszuschlag _____ €</p> <p>c) Kirchensteuer _____ €</p> <p>d) Krankenversicherung _____ €</p> <p>e) Pflegeversicherung _____ €</p> <p>f) Rentenversicherung _____ €</p> <p><b>Netto-Arbeitsentgelt</b> _____ €</p> <p style="text-align: right;">=====</p>
Bitte entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen beifügen.	

Die Richtigkeit der gemachten Angaben wird versichert.

<b>Es wird gebeten, die Verdienstaussfallentschädigung auf folgendes Konto zu überweisen:</b>	
Kreditinstitut	Kontoinhaber
IBAN	BIC

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber / Arbeitnehmer