Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin:

______________________________

______________________________

______________________________

# ANTRAG

**auf Erstattung des Verdienstausfalles bei Teilnahme an einem Seminar für Freiwillige Feuerwehren bei der Unfallkasse Hessen**

vom: _______________________ bis: _______________________

Seminar: ____________________________________________________________
(Samstag und Sonntag ist lehrgangsfrei; es erfolgt keine Verdienstausfallerstattung)

**An die**
**Unfallkasse Hessen - Hauptabteilung Prävention -**
**Leonardo-da-Vinci-Allee 20, 60486 Frankfurt am Main**

Frau/Herr____________________________________________________________
wurde für das o. g. Seminar freigestellt. Der Lohn/das Gehalt wurde für die Zeit des o. a. Seminars weiter gezahlt.

**1. Lohn/Gehalt im Zeitraum des o. a. Seminars**

__________________ Tage zu ____________________ € = ____________ €

**2. Arbeitgeberanteil zur**

| | | |
|---|---|---|
| a) | Krankenversicherung ( _____ %) | ____________ € |
| | Zusatzbeitrag (________ %) | ____________ € |
| | Krankenkasse ____________________________________________ | |
| b) | Angestellten-/Arbeiterrentenversicherung | ____________ € |
| c) | Arbeitslosenversicherung | ____________ € |
| d) | Pflegeversicherung | ____________ € |
| e) | Betriebliche Altersvorsorge ( _____ %) | ____________ € |
| f) | ________________________________________ | ____________ € |

**Zwischensumme der Arbeitgeberanteile:** ____________ €

**Summe:** ____________ €

**Bitte fügen Sie eine Kopie des Verdienstnachweises des betreffenden Monats/der betreffenden Monate bei, aus der die Summe und die Zusammensetzung des Bruttoverdienstes hervorgeht. Weitere Angaben außer dem Namen des/der Beschäftigten werden von der UKH für die Erstattung des Verdienstausfalls nicht benötigt.**

Das Merkblatt über die „Erstattung des Verdienstausfalls für Angehörige der Freiwillen Feuerwehren“ wurde mir ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass die Erstattung eine freiwillige Leistung der Unfallkasse Hessen ist. Es besteht kein Rechtsanspruch.

**IBAN:** D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

**BIC:** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Institut:** ____________________________________

**Kontoinhaber*in, komplette Firmenanschrift:**

____________________________________________________________

____________________________________________________________

**Verwendungszweck:** ________________________________________________

| | | |
|---|---|---|
| ________________ | ________________ | ________________ |
| Datum | Unterschrift | Firmenstempel |