

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](http://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 einer behördlichen Anordnung oder aufgrund einer Rechtsverordnung des Landes abgesondert wurde oder seine Tätigkeit aufgrund einer behördlichen Anordnung 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 eine Pflicht zur Absonderung gemäß § 30 IfSG aufgrund einer Rechtsverordnung des Landes 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 24 Monate zurückliegen
- Keine Erkrankung oder Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers

Für die Beurteilung der Anspruchshöhe müssen 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

Sind Zahlungsempfänger und Antragsteller identisch?

Ja

Nein

Falls nein, bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben:

Name, Vorname

Name des  
Unternehmens

Anschrift: Straße, Hausnummer, Adresszusatz, PLZ, Ort\*

### **Bankverbindung\***

Name der Bank

BIC

IBAN

Verwendungs-  
zweck

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

### **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.*



Worauf beruhte die Absonderung\*\*?

*\*Angabe bei einer Absonderung notwendig.*

Positives Testergebnis

Kontaktperson einer positiv getesteten Person

Einreise aus dem Ausland - privat veranlasst (Urlaub)

Einreise aus dem Ausland - privat veranlasst (andere triftige Gründe)

Einreise aus dem Ausland - privat veranlasst (beruflich veranlasst)

### **Impfstatus**

Anzugeben falls das Startdatum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung nach dem 11.10.2021 liegt.

Die Absonderung erfolgte trotz vollständiger Impfung oder Genesenenstatus.\* Ja

*\*Im Entschädigungsverfahren gelten Personen noch immer 14 Tage nach der zweiten erhaltenen Impfdosis (bzw. eine Impfdosis bei Johnson&Johnson) als vollständig geimpft und bis zu sechs Monate nach durch PCR-Test erstmals nachgewiesener Infektion als genesen.* Nein

Falls nein: Die Möglichkeit der vollständigen Impfung vor Beginn der Absonderung wurde geprüft. Es bestand zu Beginn der Absonderung ein zumutbares Impfangebot.\* Ja

*\*Es bestand kein zumutbares Impfangebot, wenn der Arbeitnehmer wegen medizinischen Gründen, die durch ärztliches Attest bestätigt werden oder wegen Schwangerschaft kein Impfangebot wahrnehmen konnte.* Nein

### **Betriebsschließung**

War der gesamte Betrieb des vorgenannten Arbeitnehmers im Zeitraum 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 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, die Anwendbarkeit des § 616 BGB auf das konkrete Arbeitsverhältnis ist tarif- oder arbeitsvertraglich bzw. durch Betriebsvereinbarung ausgeschlossen.* Nein

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

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an. Nein

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.*



## Entschädigung



Im Falle einer Absonderung werden die Sozialversicherungsbeiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung erstattet. Bei einem Tätigkeitsverbot sind nur die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Sozialversicherungsbeiträge setzen sich jeweils aus den Arbeitgeber- und den Arbeitnehmeranteilen zusammen. Erstattungsfähig sind aber jeweils nur die anteilig auf die Zeit der Absonderung bzw. des Tätigkeitsverbots entfallenen Sozialversicherungsbeiträge (Verhältnisrechnung).

Beispiel: Ihr Arbeitnehmer verdient 5.000 Euro brutto im Monat und war die Hälfte der Kalendertage des Monats in Absonderung. Die Rentenversicherungsbeiträge für den gesamten Monat betragen 930 Euro.

Auf die Zeit der Absonderung entfallen 50 % der Beiträge, also 465 Euro. Im Antrag anzugeben sind daher 465 Euro.

Falls die Tage 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 der Absonderung und ohne Kurzarbeitergeld*

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

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

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

Bitte geben Sie den Netto-Verdienstaustausch des Arbeitnehmers infolge 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 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 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 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 der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)\* EUR

*\*Sollte der Arbeitnehmer nicht gesetzlich pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

---

### Nur für Entschädigungszeiträume ab dem 1. November 2020 auszufüllen:

Falls für den Arbeitnehmer Beiträge für die Umlage U1 „Krankheit“ abzuführen sind, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (ansonsten „0“) EUR

Falls für den Arbeitnehmer Beiträge für die Umlage U2 „Mutterschaft“ abzuführen sind, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (ansonsten „0“) EUR

Falls für den Arbeitnehmer Beiträge für die Umlage U3 „Insolvenz“ abzuführen sind, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (ansonsten „0“)

EUR

Hatte der Arbeitnehmer Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum 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 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 der Absonderung in diesem Monat entgangen?

Ja

Nein

Falls ja, in welcher Höhe (netto)\*

EUR

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

Hat der Arbeitnehmer sonstige Zuschüsse des Arbeitgebers im Zeitraum der Absonderung in diesem Monat erhalten?\*

Ja

Nein

*\*Hierunter fallen nur freiwillige Zuschüsse. Insbesondere Urlaubs- oder Weihnachtsgeld ist daher nicht anzugeben.*

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 der Absonderung und ohne Kurzarbeitergeld*

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

Bitte geben Sie den Brutto-Verdienstaustausch des Arbeitnehmers infolge der Absonderung in diesem Monat an.

EUR

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

*\*Optional*

Bitte geben Sie den Netto-Verdienstaustausch des Arbeitnehmers infolge 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 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 der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)* <i>*Sollte der Arbeitnehmer nicht in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.</i>	EUR
Falls der Arbeitnehmer pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)* <i>*Sollte der Arbeitnehmer nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.</i>	EUR
Falls der Arbeitnehmer in der Arbeitslosenversicherung gesetzlich pflichtversichert ist, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)* <i>*Sollte der Arbeitnehmer nicht gesetzlich pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.</i>	EUR

**Nur für Entschädigungszeiträume ab dem 1. November 2020 auszufüllen:**

Falls für den Arbeitnehmer Beiträge für die Umlage U1 „Krankheit“ abzuführen sind, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (ansonsten „0“)	EUR
Falls für den Arbeitnehmer Beiträge für die Umlage U2 „Mutterschaft“ abzuführen sind, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (ansonsten „0“)	EUR
Falls für den Arbeitnehmer Beiträge für die Umlage U3 „Insolvenz“ abzuführen sind, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (ansonsten „0“)	EUR

Hadte der Arbeitnehmer Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum der Absonderung in diesem Monat?	Ja Nein
Falls ja, in welcher Höhe* (Netto-Arbeitslosengeld I, d.h. Auszahlungsbetrag)	EUR
<i>*Zur Berechnung erfassen Sie zuerst alle Tage mit Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum der Absonderung in diesem Monat. Danach multiplizieren Sie die Anzahl der Tage mit dem täglichen Auszahlungsbetrag gemäß des Bescheids der Bundesagentur für Arbeit.</i>	
Ist dem Arbeitnehmer Zuschuss-Wintergeld infolge der Absonderung in diesem Monat entgangen?	Ja Nein
Falls ja, in welcher Höhe (netto)*	EUR
<i>*anteilig, d.h. nur der auf den Zeitraum der Absonderung anfallende Anteil des Zuschuss-Wintergelds</i>	
Hat der Arbeitnehmer sonstige Zuschüsse des Arbeitgebers im Zeitraum der Absonderung in diesem Monat erhalten?*	Ja Nein
<i>*Hierunter fallen nur freiwillige Zuschüsse. Insbesondere Urlaubs- oder Weihnachtsgeld ist daher nicht anzugeben.</i>	
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 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 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 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 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 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 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 der Absonderung erbrachten Beiträge (Vorleistungspflicht)\* EUR  
*\*Sollte der Arbeitnehmer nicht gesetzlich pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung sein, machen Sie hier bitte keine Angabe.*

---

**Nur für Entschädigungszeiträume ab dem 1. November 2020 auszufüllen:**

Falls für den Arbeitnehmer Beiträge für die Umlage U1 „Krankheit“ abzuführen sind, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (ansonsten „0“) EUR

Falls für den Arbeitnehmer Beiträge für die Umlage U2 „Mutterschaft“ abzuführen sind, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (ansonsten „0“) EUR

Falls für den Arbeitnehmer Beiträge für die Umlage U3 „Insolvenz“ abzuführen sind, Höhe der vom Arbeitgeber für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung erbrachten Beiträge (ansonsten „0“) EUR

---

Hatte der Arbeitnehmer Anspruch auf Arbeitslosengeld I im Zeitraum 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 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 der Absonderung in diesem Monat entgangen?	Ja	
	Nein	
Falls ja, in welcher Höhe (netto)*		EUR
<i>*anteilig, d.h. nur der auf den Zeitraum der Absonderung anfallende Anteil des Zuschuss-Wintergelds</i>		
Hat der Arbeitnehmer sonstige Zuschüsse des Arbeitgebers im Zeitraum der Absonderung in diesem Monat erhalten?*	Ja	
<i>*Hierunter fallen nur freiwillige Zuschüsse. Insbesondere Urlaubs- oder Weihnachtsgeld ist daher nicht anzugeben.</i>	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 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 Verdienstaussfall gezahlt wurde\* (z.B. Lohnbescheinigung)  
*\*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.*

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

Nachweis über das Tätigkeitsverbot bzw. die Pflicht zur Absonderung (z. B. Absonderungsanordnung oder Bescheinigung über die Absonderungspflicht)

Nachweis über das Entgelt, das an den Arbeitnehmer im maßgeblichen Zeitraum gezahlt wurde\*  
*\*Z.B. Lohnabrechnungen des Arbeitnehmers für die Monate, in denen der Verdienstaussfall vorfiel.*

(Falls zutreffend) Nachweis über die im maßgeblichen Zeitraum vorliegende vollständige Immunisierung (digitales COVID-Zertifikat der EU)

(Falls zutreffend) Nachweis über die vorliegende medizinische Kontraindikation zur Impfung bzw. Schwangerschaft (ärztliche Bescheinigung)

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

- (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 Verdienstaussfall. 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

Im Zuge dieses Entschädigungsverfahrens werden die von Ihnen telefonisch, schriftlich oder elektronisch übermittelten personenbezogenen Daten von der zuständigen Behörde gespeichert und verarbeitet. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union.

Die Datenschutzerklärung für dieses Entschädigungsverfahren nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) finden Sie unter:  
<https://ifsg-online.de/datenschutz.html>