

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 Selbstständige

**auf Entschädigung des Verdienstauffalls auf Grund behördlich angeordneter Quarantäne (Absonderung) oder Tätigkeitsverbot nach § 56 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)**



Mit diesem Antrag können Sie die Entschädigung von Verdienstauffällen beantragen, die Sie erlitten haben, weil Sie auf Grund einer behördlichen Anordnung oder aufgrund einer Rechtsverordnung des Landes abgesondert wurden oder Sie Ihre berufliche Tätigkeit aufgrund einer behördlichen Anordnung nicht mehr ausüben durften. 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 Verdienstauffall 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

Für die Beurteilung der Anspruchshöhe muss unter anderem ein Steuerbescheid des Vorjahres bereitgestellt werden.\*

*\*Falls Ihnen noch kein Steuerbescheid vorliegt, können Sie auch einen anderen Einkommensnachweis erbringen.*

### Antragsteller

Name Ihres Unternehmens

Handelsregisternummer\*

Amtsgericht\*

*\*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**

Wird der Antrag in Vertretung der Person gestellt, für die der Anspruch geltend gemacht wird?\*

Ja

*\*Z.B. als Steuerberater. Bitte fügen Sie den Nachweis einer entsprechenden Bevollmächtigung bei.*

Nein

Falls ja, bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben:

Herr

Frau

Divers

Name, Vorname

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

DE-Mail-Adresse\*

Name des Unter-  
nehmens des  
Bevollmächtigten

*\*Optional, Mail-Angebot des BMI für sichere elektronische Kommunikation*

Straße, Hausnummer, Adresszusatz, PLZ, Ort\*

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



## 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 Johnsen&Johnsen) 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 im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung geschlossen? Ja

Nein

Falls ja, bitte geben Sie den Zeitraum an:

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 keine Möglichkeit bestand, während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung meine Arbeit zur Gänze von zu Hause auszuüben. Ja

Nein

## Persönliche Umstände

Waren Sie während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung arbeitsunfähig krank? Ja

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an. Nein

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 1

Enddatum Arbeitsunfähigkeit 1\*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 2

Enddatum Arbeitsunfähigkeit 2\*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 3

Enddatum Arbeitsunfähigkeit 3\*

*\*Waren Sie nur an einem einzelnen Tag arbeitsunfähig krank, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

Haben Sie während des Tätigkeitsverbots oder der Absonderung Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V erhalten? 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\*

*\*Waren Sie 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 das Einkommen (brutto) an, das Sie für diesen Monat erwartet hätten.\* EUR  
*\*d.h. ohne Abwesenheit infolge von Tätigkeitsverbot bzw. Absonderung*

Bitte geben Sie den Einkommensausfall (brutto) infolge des Tätigkeitsverbots EUR  
bzw. der Absonderung in diesem Monat an

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls\*

*\*Optional. Z.B. bei besonderen Arbeitszeiten oder saisonalen Abweichungen bei Ihrem erwarteten Einkommen für diesen Monat.*

Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen zur sozialen Sicherung in diesem Monat an.\* EUR  
*\*Ihre soziale Sicherung beinhaltet u.a. Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.*

### Monat 2, Name des Monats

Bitte geben Sie das Einkommen (brutto) an, das Sie für diesen Monat erwartet hätten.\* EUR  
*\*d.h. ohne Abwesenheit infolge von Tätigkeitsverbot bzw. Absonderung*

Bitte geben Sie den Einkommensausfall (brutto) infolge des Tätigkeitsverbots EUR  
bzw. der Absonderung in diesem Monat an

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls\*

*\*Optional. Z.B. bei besonderen Arbeitszeiten oder saisonalen Abweichungen bei Ihrem erwarteten Einkommen für diesen Monat.*

Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen zur sozialen Sicherung in diesem Monat an.\* EUR  
*\*Ihre soziale Sicherung beinhaltet u.a. Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.*

### Monat 3, Name des Monats

Bitte geben Sie das Einkommen (brutto) an, das Sie für diesen Monat erwartet hätten.\* EUR  
*\*d.h. ohne Abwesenheit infolge von Tätigkeitsverbot bzw. Absonderung*

Bitte geben Sie den Einkommensausfall (brutto) infolge des Tätigkeitsverbots EUR  
bzw. der Absonderung in diesem Monat an

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls\*

*\*Optional. Z.B. bei besonderen Arbeitszeiten oder saisonalen Abweichungen bei Ihrem erwarteten Einkommen für diesen Monat.*

Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen zur sozialen Sicherung in diesem Monat an.\* EUR  
*\*Ihre soziale Sicherung beinhaltet u.a. Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.*

## Bestätigung und Versicherung

- Ich bestätige, nicht böswillig unterlassen zu haben, Ersatztätigkeiten zur Einkommenserzielung wahrzunehmen. Ja
- Nein
- Haben Sie eine Versicherung, die den individuellen Verdienstaufschlag im Falle eines Tätigkeitsverbots bzw. einer Absonderung abdeckt? Ja
- \*Z.B. eine Seuchenversicherung* Nein
- Falls Sie bereits Versicherungsleistungen erhalten haben, geben Sie bitte die Höhe an. EUR
- \*Bitte stellen Sie dann einen Nachweis über die erhaltenen Versicherungsleistungen bereit.*

## Steuerliche Informationen

Steuerliche Identifikationsnummer

Finanzamt zur Veranlagung (Name)

Sitz des Finanzamts (Ort, PLZ)

Steuernummer

## 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:

Steuerbescheid des Vorjahres\*

*\*Falls Ihnen kein Steuerbescheid vorliegt, können Sie auch einen anderen Einkommensnachweis erbringen.*

(Falls zutreffend) Nachweis der Bevollmächtigung, sollten Sie den Antrag in Vertretung für den Selbstständigen stellen (z.B. als Steuerberater)\*

*\*Unterschiedlicher Nachweis, der Sie zur Antragstellung bevollmächtigt.*

(Falls zutreffend) Nachweis über erhaltene Versicherungsleistungen (z.B. Schreiben der Versicherung, welches den Anspruch und, sofern Sie die Versicherungsleistungen bereits erhalten haben, die Zahlung bestätigt.)

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

(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 helfen können:

- Bescheinigung des Einkommensausfalls im maßgeblichen Zeitraum\*  
*\*Wenn Ihnen Nachweise vorliegen, die die Höhe Ihres Einkommensausfalls im maßgeblichen Zeitraum nachweisen, stellen Sie diese bitte bereit.*
- (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 z.B. weitere Nachweise über den Einkommensausfall. Diese Nachweise 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, Ja
- soweit diese Daten für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind. 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>