

Fragebogen Erstattung Quarantäne



Firma:

Name des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin

Personalnummer

Tätigkeitsverbot / Absonderung

Bitte stellen Sie uns die Informationen rund um das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung bereit, infolge dessen der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin den Verdienstaussfall erlitten hat.

Behördliche Anordnung

Bitte geben Sie an, für was eine behördliche Anordnung besteht, (s. Bescheinigung Städte/Gemeinde/LRA ...)	
<input type="checkbox"/> Tätigkeitsverbot <input type="checkbox"/> Absonderung	
Behördenname	
PLZ	Ort
Wurde das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung mündlich angeordnet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Startdatum Absonderung	Enddatum Absonderung

Impfstatus

Auf welchem Grund beruht die Absonderung – bitte entsprechend ankreuzen: <input type="checkbox"/> Positives Testergebnis <input type="checkbox"/> Kontaktperson einer positiven getesteten Person <input type="checkbox"/> Einreise aus dem Ausland – privat veranlasst (Urlaub) <input type="checkbox"/> Einreise aus dem Ausland – privat veranlasst (andere triftige Gründe) <input type="checkbox"/> Einreise aus dem Ausland – beruflich veranlasst
Pflichtangaben, ausfüllen unbedingt notwendig! Erfolgte trotz vollständiger Impfung oder Genesenstatus eine Absonderung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (nicht oder nicht vollständig geimpft) Falls Nein: In diesem Fall ist der Fragebogen nicht weiter auszufüllen! Es besteht kein Erstattungsanspruch nach §56 IfSG; ggf. besteht Lohnfortzahlungspflicht durch Krankmeldung, Berufsausbildung oder §616 BGB

Fragebogen Erstattung Quarantäne



Firma:

Name des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin

Personalnummer

Betriebsschließung

War der gesamte Betrieb des vorgenannten Arbeitnehmers / der vorgenannten Arbeitnehmerin im Zeitraum geschlossen?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Startdatum Betriebsschließung	Enddatum Betriebsschließung

Anspruchsberechtigung

Ich bestätige, dass es keine Möglichkeit gab, die Arbeit zur Gänze von zu Hause auszuüben
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestand Anspruch auf eine Lohnfortzahlung nach § 616 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch)? (s. Arbeitsvertrag)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestand Anspruch auf eine Lohnfortzahlung, weil der Arbeitnehmer in Ausbildung war nach § 19 BBiG?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Persönliche Umstände

War der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin arbeitsunfähig krank?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Hatte der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin im Vorfeld genehmigten Urlaub?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn Ja, dann...		
Vom / am	Bis zum	Tage
War der Arbeitnehmer aufgrund eines kranken Kindes arbeitsbefreit nach § 45 SGBV?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Fragebogen Erstattung Quarantäne



Firma:

Name des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin

Personalnummer

[Redacted area for employee name]

[Redacted area for employee ID number]

Hatte der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin Anspruch auf Arbeitslosengeld I in diesen Monat?

- Ja
- Nein

Ist dem Arbeitnehmer / der Arbeitnehmerin Zuschuss-Wintergeld in diesem Monat entgangen?

- Ja
- Nein

Hat der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin sonstige Zuschüsse des Arbeitgebers in diesem Monat erhalten?

- Ja
- Nein

Hat der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin in diesem Monat zusätzliches Einkommen aus Ersatzstätigkeit bezogen?

- Ja
- Nein

Bestätigung

Ich bestätige, dass der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin keine anderen Arbeitstätigkeiten im betroffenen Zeitraum hat durchführen können bzw. keine Möglichkeit zu anderen Arbeitstätigkeiten böswillig unterlassen hat.

- Ja
- Nein

Firma:

Name des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin

Personalnummer

Vollständigkeits-/Datenschutzerklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und beantrage die Erstattung der vorgenannten Beträge auf das betriebliche Konto.

- Ja
 Nein

Hiermit stimme ich zu, dass die Finanzbehörde 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 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.

Ich bestätige, dass ich die ausführlichen Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten – insbesondere der Antragsdaten – auf der Seite www.ifsg-online.de zur Kenntnis genommen habe. Ich versichere, dass ich den betroffenen Beschäftigten und ggf. Dritten die Informationen über die Vorbereitung der Antragsstellung und Weiterleitung an die zuständigen Fachbehörden zur Verfügung gestellt habe. Ich akzeptiere die Datenschutzbestimmungen.

Unterschrift Arbeitgeber/in

Unterschrift Arbeitnehmer/in

*Alle Personenbezeichnungen beziehen sich sowohl auf die weibliche, die männliche als auch die neutrale Form.