

Kreis Bergstraße  
Gesundheitsamt - Team  
Entschädigungsanspruch nach IfSG  
Kettelerstraße 29  
64646 Heppenheim

## Antrag für Arbeitnehmer

### auf Erstattung von Aufwendungen zur sozialen Sicherung in angemessenem Umfang nach § 58 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Mit diesem Antrag können Sie als Arbeitnehmer die Erstattung von Aufwendungen zur sozialen Sicherung für die ersten 6 Entschädigungswochen beantragen, wenn Sie entschädigungsberechtigt nach § 56 Abs. 1 oder Abs. 1a IfSG sind.

Soweit Sie im Rahmen des Entschädigungsanspruchs nach § 56 Abs. 1a IfSG Aufwendungen zur sozialen Sicherung für die Entschädigungswochen 7 bis 10 bzw. 20 beantragen möchten, können Sie dies mit dem Arbeitnehmerantrag nach § 56 Abs. 1a IfSG tun. Der Erstattungsanspruch nach § 58 IfSG ist dort mitintegriert. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf [www.ifsg-online.de](http://www.ifsg-online.de).

Für den Erstattungsanspruch nach § 58 IfSG bestehen insbesondere die folgenden Voraussetzungen:

- Sie sind als Arbeitnehmer Entschädigungsberechtigter im Sinne des § 56 Abs. 1 oder Abs. 1a IfSG und
- nicht gesetzlich pflichtversichert in der Kranken-, Pflege- und/oder Rentenversicherung.

**Wir empfehlen Ihnen, diesen Antrag erst zu stellen, nachdem Ihr Arbeitgeber den Sie betreffenden Erstattungsantrag für die ersten 6 Entschädigungswochen gemäß § 56 Abs. 1 oder Abs. 1a IfSG gestellt hat. Bitte erfragen Sie bei ihm die diesbezügliche Vorgangskennung und geben Sie sie unten an.**

Zur Prüfung und Bearbeitung dieses Antrags **müssen** folgende Unterlagen eingereicht werden:

- Nachweis über die private Absicherung (z. B. Jahresmitteilung der privaten Krankenversicherung, des Versorgungswerks o. ä.)
- Vorlage einer Vollmacht, soweit Sie den Antrag in Vertretung des erstattungsberechtigten Arbeitnehmers stellen (z.B. als Steuerberater).

**Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus. Grundsätzlich sind alle Angaben Pflichtfelder. Ausnahmen sind entsprechend gekennzeichnet. Soweit einzelne Angaben fehlen, ist der Antrag unvollständig und kann nicht bearbeitet werden.**

Geben Sie bitte zunächst die **Vorgangskennung** des Sie betreffenden Erstattungsantrags Ihres Arbeitgebers gemäß § 56 Abs. 1 oder Abs. 1a an:

## Antragsteller

Herr

Frau

Divers

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefon-Nr. (optional)

E-Mail-Adresse

Arbeitgeber, PLZ und Ort der Betriebsstätte, bei der Sie tätig sind:

Ihre steuerliche Identifikationsnummer:

Bankverbindung:

Eine Zahlung ist nur an eine deutsche Bankverbindung möglich.

Name der Bank

BIC

IBAN

### Nur falls abweichend vom Antragsteller: Kontaktperson

Herr

Frau

Divers

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Handelt es sich bei der Kontaktperson um einen Bevollmächtigten?

Wenn Sie den Antrag im Auftrag des Arbeitnehmers stellen (z.B. als Steuerberater), dann beantworten Sie diese Frage mit „Ja“. In diesem Fall wird als Nachweis eine Vollmacht benötigt.

ja

nein

Falls ja, geben Sie bitte die Anschrift des Bevollmächtigten an (Adresse, PLZ, Ort).

Bescheide und sonstige Korrespondenz werden dann an diese Adresse versandt.

## Aufwendungserstattung

**i** Falls die Aufwendungen zur sozialen Sicherung in verschiedene Kalendermonate fallen, müssen die nachfolgenden Angaben pro Kalendermonat getätigt werden. Folgendes ist dabei zu beachten:

- Aufwendungen zur sozialen Sicherung werden gemäß § 58 IfSG in angemessenem Umfang erstattet. Die Berechnung erfolgt durch die zuständige Behörde.
- Bei der Krankenversicherung sind nur die Beiträge zum Basistarif erstattungsfähig. Beiträge zu etwaigen Zusatzleistungen werden nicht erstattet.
- Bei der Kranken- und Pflegeversicherung sind auch etwaige Zuschüsse nach §§ 257 SGB V, 61 SGB XI erstattungsfähig, soweit Sie solche Zuschüsse üblicherweise von Ihrem Arbeitgeber erhalten und dies im betreffenden Monat nicht bzw. nur anteilig der Fall war. Geben Sie dazu den vollen monatlichen Zuschuss an.
- Soweit Sie freiwillig gesetzlich krankenversichert und sog. „Firmenzahler“ sind, können Sie mit diesem Antrag diesbezügliche Aufwendungen nur dann erstattet verlangen, wenn Ihr Arbeitgeber diese Leistungen im Entschädigungszeitraum nicht abgeführt hat. Sollten insoweit Unklarheiten bestehen, nehmen Sie bitte Kontakt zu Ihrem Arbeitgeber auf.

**Monat 1**, Name des Monats:

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung?

ja  nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja  nein Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung?

ja  nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung?

ja       nein

**Monat 2**, Name des Monats:

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung?

ja       nein

**Monat 3**, Name des Monats:

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung?

ja       nein

**Monat 4**, Name des Monats:

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung?

ja       nein

**Monat 5**, Name des Monats:

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung?

ja       nein

**Monat 6**, Name des Monats:

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung?

ja       nein

Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?

ja       nein      Monatlicher Zuschuss (EUR)

Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung?

ja       nein

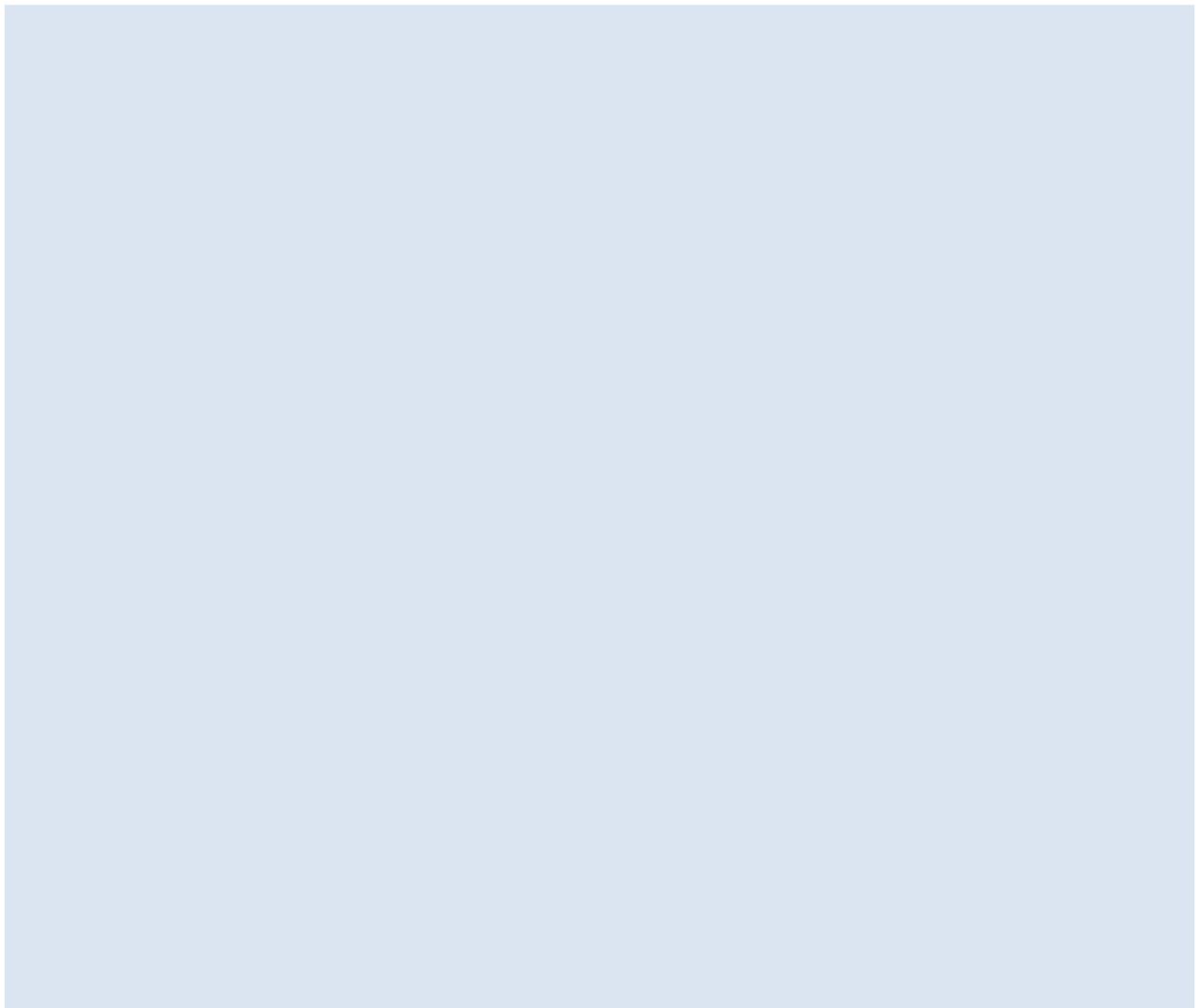
## Nachweise

Ich füge folgende (für die Bearbeitung zwingend notwendige) Unterlagen bei:

- Nachweis über die private Absicherung
- Vorlage einer Vollmacht, soweit der Antrag in Vertretung des erstattungsberechtigten Arbeitnehmers gestellt wird,
- Sonstige, optionale Nachweise (z. B. Nachweise über nicht erhaltene Zuschüsse nach §§ 257 SGB V, 61 SGB XI)

## Erläuterungen

Soweit Sie sonstige Erläuterungen oder Angaben zu Ihrem Antrag tätigen möchten, führen Sie diese bitte hier aus:



**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen getätigt habe und beantrage die Erstattung der vorgenannten Beträge auf das angegebene Konto**

ja       nein.

**Ich versichere überdies, dass ich meinen Anspruch nach § 58 IfSG nicht an meinen Arbeitgeber abgetreten habe und/oder ihn nicht ermächtigt habe, den Anspruch in meinem Namen geltend zu machen**

ja       nein

**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)

Datum

Ort

Unterschrift des Antragstellers oder des Bevollmächtigten

Im Zuge dieses Entschädigungsverfahrens werden die von Ihnen telefonisch, schriftlich oder elektronisch übermittelten personenbezogenen Daten von der zuständigen Behörde gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit c) DS-GVO in Verbindung mit § 3 HDSIG und den Vorschriften der §§ 56 ff IfSG. Sofern der von Ihnen vorgetragene Sachverhalte besondere Kategorien personenbezogener Daten, z.B. Angaben über Gesundheit, religiöse Überzeugung oder ethnische Herkunft enthält, stützt sich die Verarbeitung zusätzlich auf Art. 9 Abs. 2 lit. b) DS-GVO in Verbindung mit § 20 Abs. 1 Nr. 1 HDSIG und den Vorschriften der §§ 56 ff IfSG.

