

Antrag auf Erstattung/Entschädigung von Arbeitgeberaufwendungen

nach § 56 Abs. 1a Infektionsschutzgesetz

Referat 21

Kinderbetreuung sorgeberechtigter Arbeitnehmer

1. sorgeberechtigter Arbeitnehmer *	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ	Ort
Beruf *	derzeitige Tätigkeit
Beschäftigungsverhältnis	
Beginn *	Beendigung
Befristung: befristet unbefristet	

2. Arbeitgeber des sorgeberechtigten Arbeitnehmers *	
Name/Bezeichnung des Unternehmens	
Vertretungsberechtigte Person (Geschäftsführer bzw. Inhaber des Gewerbes)	
Name, Vorname	
Anschrift	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ	Ort
E-Mail	Telefon

3. Kind/er des sorgeberechtigten Arbeitnehmers *

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Bezeichnung und Anschrift Kita/Schule	Liegt eine Behinderung vor?
			Ja Nein
			Ja Nein
			Ja Nein
			Ja Nein

(weitere Angaben ggf. auf separater Anlage)

4. Betreuungszeitraum**Schließung der Betreuungseinrichtung/Schule**

Schließung aufgrund der Allgemeinverfügung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt vom 16. März 2020

Schließung aufgrund anderweitiger Verfügung oder behördlicher Anweisung
(Bitte Kopie der Schließungsbescheinigung beifügen)

Bezeichnung

Schließung/Betreuungsverbot seit:

Aufhebung des Verbots ab:

Anspruch auf Notbetreuung

Besteht/Bestand während der beantragten Betreuungszeit ein Anspruch auf Notbetreuung? Ja Nein

Zeitraum

Die Betreuung der Kinder (Nr. 3) konnte in den/dem folgenden Zeitraum/Zeiträumen nicht anderweitig sichergestellt werden:
Hinweis: Für Eltern in Elternzeit oder Mutterschutz ist eine Betreuung zumutbar.

vom bis

bzw. Betreuungstage mit jeweiligen Betreuungszeiten gemäß separater Anlage

Krankschreibung

War der sorgeberechtigte Arbeitnehmer und/oder dessen Kind/er während des Betreuungszeitraums krank geschrieben? Ja Nein

Falls Ja:

vom bis

(Bitte Krankenschein als Kopie beifügen)

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

5. Krankenkasse

sorgeberechtigter Arbeitnehmer

Der sorgeberechtigte Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:

Name der Krankenkasse

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

Kind/er des sorgeberechtigten Arbeitnehmers

Das Kind/die Kinder ist/sind krankenversichert bei:

Name der Krankenkasse

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

6. Versicherung

Besteht für den Betrieb eine Seuchenversicherung?

Ja

Nein

Falls Ja:

Name der Versicherung

Anschrift

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

Wurde eine Entschädigung gezahlt?

Ja

Nein

7. Beschäftigung während der Schließung der Betreuungseinrichtung/Schule

War der Arbeitnehmer während der Schließung der Betreuungseinrichtung/Schule innerhalb des Betriebes anderweitig beschäftigt bzw. im Homeoffice tätig?

Teilweise Ja vom bis daraus erzielter
Nettoeinkommen geleistete Std. pro Tag

EUR

Nein

Begründung erforderlich, da Erstattungsanspruch davon abhängig ist

Hinweis:

Der Arbeitgeber hat alle Anstrengungen zu unternehmen, Lohnausfälle auf Grund von Maßnahmen nach IfSG zu vermeiden.

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

8. Kurzarbeiter- oder Arbeitslosengeld

Hat der sorgeberechtigte Arbeitnehmer in dem maßgebenden Zeitraum Kurzarbeiter- oder Arbeitslosengeld erhalten?

Ja

Nein

(Falls Ja, bitte entsprechende Belege in Kopie beifügen)

9. Verdienstausschlag

Bitte geben Sie den Verdienstausschlag (brutto) infolge der Kinderbetreuung, getrennt nach Kalendermonaten an.

Monat/Jahr (z.B. 04/2020)	Betrag (in EUR)
------------------------------	--------------------

10. einzureichende Unterlagen

(durch den Arbeitgeber einzureichen)

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag bitte beizufügen:

- Lohn- und Gehaltsbescheinigungen der letzten drei Monate sowie des Monats, für den eine Erstattung/Entschädigung beantragt wird.
- ggf. Kopie der Belege über Kurzarbeiter- oder Arbeitslosengeld
- Kopie Kinderausweis/e oder Geburtsurkunde/n
- Kopie Hortbetreuungsvertrag für Grundschulkinder
- ggf. Kopie der Schließungsbescheinigung
- ggf. Kopie Krankenschein
- ggf. Aufstellung zu Betreuungstagen mit jeweiligen Betreuungszeiten

11. Bankverbindung für Erstattungszahlung

Die Überweisung der Entschädigung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name und Ort der Bank *

IBAN: *

Hinweise

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link [www.sachsen.de](#) sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Es wird darauf hingewiesen, dass Sie mit Antragstellung gleichzeitig Ihr Einverständnis zur elektronischen Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten bis zum Abschluss der Antragsbearbeitung erteilen.

Subventionserhebliche Tatsachen

In Anträgen und Abrechnungen gemachte Angaben sind subventionserhebliche Tatsachen. Falsche Angaben sind nach § 264 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar.

Hiermit wird versichert, dass die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht worden sind.

Ich bestätige, dass im angegebenen Betreuungszeitraum für den sorgeberechtigten Arbeitnehmer (Nr. 1) ein tatsächlicher Verdienstausschlag entstanden ist.

Ort *

Datum *

Firmenstempel/Unterschrift
Vertretungsberechtigte Person
(Geschäftsführer bzw. Inhaber des Gewerbes)