

**Information für Arbeitgeber
zur Verdienstauffallregelung
bei Feuerwehrangehörigen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Angehörige der Freiwilligen Feuerwehr verrichten ihre ehrenamtliche Tätigkeit, ohne dass sie hierfür ein Entgelt erhalten. Damit jedoch der ehrenamtlich tätige Angehörige der Gemeindefeuerwehr durch den Feuerwehrdienst keine finanziellen Nachteile erleidet, erhält er die Auslagen, die ihm durch die ehrenamtliche Tätigkeit entstehen, sowie den Verdienstauffall, der ihm während dieser Zeit im Beruf erwächst, auf Antrag ersetzt.

Diese Entschädigung wird für Einsätze und Lehrgänge gewährt, nicht aber für Übungen.

Der Feuerwehrangehörige kann seinen Anspruch auf Erstattung des Verdienstauffalls an seinen Arbeitgeber abtreten. Dieser zahlt dann den Lohn des Feuerwehrangehörigen während des Feuerwehrdienstes weiter, unter der Voraussetzung der Abtretung des Anspruches nach § 15 Feuerwehrgesetz Baden-Württemberg.

Der Arbeitgeber kann dann den Anspruch auf Zahlung der Lohn- und Lohnnebenkosten gegenüber der Gemeinde geltend machen.

Bitte beantragen Sie die Erstattung des Verdienstauffalls für Angehörige der Feuerwehr Kandern unter Verwendung des Formulars.

Bitte senden Sie den Antrag innerhalb von zwei Wochen, nachdem der Verdienstauffall entstanden ist an die unten stehende Adresse. Da manche Kosten von Dritten zurückgefordert werden können ist eine zeitnahe Abrechnung erforderlich.

Wir bedanken uns für Ihr Entgegenkommen bei der Freistellung Ihres Arbeitnehmers. Gemeinwesen kann nur durch gegenseitiges Verständnis füreinander funktionieren.

Stadt Kandern
-Feuerwehr-
Waldeckstr. 39

79400 Kandern

Absender/Firma:

Ort, Datum: _____

Antrag auf Erstattung des Verdienstausfalls nach § 15 Feuerwehrgesetz Baden-Württemberg für Angehörige der Feuerwehr Kandern während Einsätzen bzw. Lehrgängen

Name: _____

wohnhaf in: _____

ist seit: _____

als: _____

in unserem Betrieb beschäftigt. Er/Sie hat aus Anlass der Teilnahme an einer

Ausbildungsveranstaltung * Feuerwehreinsatz *

am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr

insgesamt _____ Stunden

am Arbeitsplatz gefehlt.

Die wöchentliche * monatliche* Arbeitszeit beträgt _____ Stunden.

Für den letzten Lohn-/Gehaltszeitraum wurden

wöchentlich * monatlich* vertragsgemäß an Bruttolohn/-gehalt

gewährt _____ Euro

hierzu Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung _____ % _____ Euro

zusammen für _____ Stunden _____ Euro

Hiervon entfallen entsprechend dem obigen Zeitversäumnis

Stundenlohn x Zeitversäumnis _____

zu erstattender Betrag _____ Euro

Um Überweisung dieses Betrages wird gebeten.

IBAN:

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

* Bitte zutreffendes ankreuzen

Unterschrift

Stellungnahme des Kommandanten / Abteilungskommandanten:

Art des Lehrgangs/Einsatzes Einsatz-Nr.: _____

Betrag kann erstattet werden Betrag kann nicht erstattet werden, weil

Sachlich richtig: _____ Name: _____