

**Antrag auf Erstattung
von Aufwendungen zur sozialen Sicherung in angemessenem
Umfang nach § 58 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
(für Arbeitnehmer/innen)**



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt

Landesverwaltungsamt
Sachsen-Anhalt
Ernst-Kamieth-Str. 2
06112 Halle (Saale)

Eingangsstempel

Geschäftszeichen

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Hinweise

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

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

Sie sind als Arbeitnehmer/in

- entschädigungsberechtigt 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/e Arbeitgeber/in den Sie betreffenden Erstattungsantrag gemäß § 56 Abs. 1 oder Abs. 1a IfSG gestellt hat. Bitte erfragen Sie bei Ihrem/er Arbeitgeber/in das Aktenzeichen des Erstattungsantrages (Vorgangskennung) und geben Sie dieses unten an.

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

- Nachweis über die private Absicherung (z. B. Mitteilung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung über Monats- oder Jahresbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, Beitragsmitteilung des Versorgungswerks o. ä.)
- Vorlage einer Vollmacht, soweit Sie den Antrag in Vertretung des/der erstattungsberechtigten Arbeitnehmers/in stellen (z.B. als Steuerberater/in).

Wurde durch den/die Arbeitgeber/in noch kein Erstattungsantrag gestellt, sind zusätzlich die folgenden Unterlagen einzureichen:

- Nachweis über die Entschädigungsberechtigung nach § 56 Abs.1 oder 1a IfSG (in der Regel Absonderungsbescheid bzw. -bestätigung)
- Gehaltsmitteilungen der Entschädigungsmonate → diese müssen die Zahlung der Verdienstauffallentschädigung enthalten
- Gehaltsmitteilung des Vormonats der Entschädigung

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/er Arbeitgebers/in gemäß § 56 Abs. 1 oder Abs. 1a IfSG an:

Vorgangskennung	
-----------------	--

Antragsteller/ Antragstellerin

Name	
------	--

Vorname	
---------	--

Geburtsdatum	
--------------	--

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
--	--

Telefon (freiwillig)	
----------------------	--

Steuer-ID	
-----------	--

Arbeitgeber, PLZ und Ort der Betriebsstätte, in der Sie tätig sind	
--	--

Bankverbindung:	
-----------------	--

Name der Bank	
---------------	--

IBAN	
------	--

Falls abweichend vom/von der Antragstellerin: Kontaktperson

Name	
------	--

Vorname	
---------	--

Telefonnummer	
---------------	--

E-Mail-Adresse	
----------------	--

Handelt es sich bei der Kontaktperson um eine bevollmächtigte Person?

ja

nein

Falls ja, geben Sie bitte die Anschrift der bevollmächtigten Person an (Adresse, PLZ, Ort). Bescheide und sonstige Korrespondenz werden dann an diese Adresse versandt.

--

Aufwendungserstattung

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 und 61 SGB XI erstattungsfähig, soweit Sie solche Zuschüsse üblicherweise von Ihrem/er Arbeitgeber/in 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/e Arbeitgeber/in Ihre Beiträge im Entschädigungszeitraum nicht abgeführt hat. Sollten insoweit Unklarheiten bestehen, nehmen Sie bitte Kontakt mit Ihrem/er Arbeitgeber/in auf.

Monat 1	Monat und Jahr	
Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem/er Arbeitgeber/in üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Monatlicher Zuschuss (EUR)		
Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem/er Arbeitgeber/in üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Monatlicher Zuschuss (EUR)		
Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Monat 2	Monat und Jahr	
Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem/er Arbeitgeber/in üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Monatlicher Zuschuss (EUR)		
Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Falls nein: Erhalten Sie von Ihrem/er Arbeitgeber/in üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI und haben diese im betreffenden Monat nicht oder nicht vollständig erhalten?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Monatlicher Zuschuss (EUR)		
Sind sie pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Nachweise

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

- Nachweis über die private Absicherung (z.B. Beitragsbescheinigung der Kranken- und Pflegeversicherung bzw. des Versorgungswerks)
- Vorlage einer Vollmacht, soweit der Antrag in Vertretung des/der erstattungsberechtigten Arbeitnehmers/in 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 machen möchten, führen Sie diese bitte hier aus:

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 versichere, dass ich meinen Anspruch nach § 58 IfSG nicht an meine/n Arbeitgeber/in abgetreten habe und/oder ihn/sie 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).

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin oder des/ der Bevollmächtigten
------------	---

Im Zuge dieses Erstattungsverfahrens werden die von Ihnen telefonisch, schriftlich oder elektronisch übermittelten personenbezogenen Daten Ihrer Arbeitnehmer von der zuständigen Behörde Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt gespeichert und verarbeitet. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union.

Die Datenschutzerklärung für dieses Erstattungsverfahren nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) finden Sie hier: <https://www.sachsen-anhalt.de/meta/datenschutz/>