

**Antrag für Feuerwehrangehörige**

**Antrag auf Ersatz eines Verdienstaufalles**

im Zusammenhang mit dem Feuerwehrdienst bei der Freiwilligen Feuerwehr Freiburg im Breisgau für Feuerwehrangehörige gem. §§ 15, 16 FwG i.V.m. § 35 Feuerwehrsatzung.

Antrag bitte **online ausfüllen** und per E-Mail an [Freiburg.Feuerwehr@stadt.freiburg.de](mailto:Freiburg.Feuerwehr@stadt.freiburg.de) versenden, handschriftlich kann der Antrag nicht erfasst werden!

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>1. Feuerwehrangehörige</b>  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Name:  | <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Vorname:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Straße / Haus-Nr.:   | <input style="width: 95%;" type="text"/><br>PLZ / Ort   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Geburtsdatum:  | <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Einsatzabteilung  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Wenn Kontoinhaber_in abweichend:   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table> IBAN (22 Zeichen): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>BIC (11 Zeichen):  | <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Name der Bank/Sparkasse:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>2. Wichtig:</b> Dem Antrag ist eine <b>Kopie der Gehaltsabrechnung</b> des Monats beizufügen, in dem der Verdienstaufall entstand. Ohne Nachweis kann der Verdienstaufall nicht erstattet werden.   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>3. Arbeitgeber_in</b>   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Name Arbeitgeber_in  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Straße / Haus-Nr.:   | <input style="width: 95%;" type="text"/><br>PLZ / Ort   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Telefon:   | <input style="width: 95%;" type="text"/><br>E-Mail:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>4. Grund für den Arbeitsausfall</b>   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Einsatz</b> Datum: <input style="width: 60px;" type="text"/> von: <input style="width: 40px;" type="text"/> bis: <input style="width: 40px;" type="text"/> Uhr<br>von: <input style="width: 40px;" type="text"/> bis: <input style="width: 40px;" type="text"/> Uhr<br>von: <input style="width: 40px;" type="text"/> bis: <input style="width: 40px;" type="text"/> Uhr   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Lehrgang</b> Bezeichnung des Lehrganges: _____<br>Beginn Datum: <input style="width: 60px;" type="text"/> von: <input style="width: 40px;" type="text"/> Uhr<br>Ende Datum: <input style="width: 60px;" type="text"/> bis: <input style="width: 40px;" type="text"/> Uhr<br>Regelmäßige Arbeitszeit von: <input style="width: 40px;" type="text"/> bis: <input style="width: 40px;" type="text"/> Uhr<br>Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt <input style="width: 40px;" type="text"/> Std. |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Gesamtzahl der Tage und Stunden, für die Verdienstaufall geltend gemacht wird:</b><br>Tage: <input style="width: 40px;" type="text"/> Std.: <input style="width: 40px;" type="text"/>   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>5. Höhe des entstandenen Verdienstaufalles:</b>   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Monatsbruttolohn <input style="width: 60px;" type="text"/> €   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bruttostundenlohn <input style="width: 60px;" type="text"/> € / Std = <input style="width: 60px;" type="text"/> €  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Gesamt</b> = <input style="width: 60px;" type="text"/> €  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben und bitte um Überweisung des Gesamtbetrages auf das oben angegebene Konto.**

|   |  |
|---|--|
| <input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/><br>Ort, Datum: | <input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/><br>Unterschrift Antragsteller/in: |
|---|--|

**Dieser Teil wird durch das Amt für Brand- und Katastrophenschutz ausgefüllt!**

**Bemerkung**

|            |                      |   |                      |
|------------|----------------------|---|----------------------|
| Zu Ziffer: | <input type="text"/> | : | <input type="text"/> |
| Zu Ziffer: | <input type="text"/> | : | <input type="text"/> |
| Zu Ziffer: | <input type="text"/> | : | <input type="text"/> |

**Abteilung 37.3 / 37.6**

Die Richtigkeit der einsatz- bzw. lehrgangsbezogenen Angaben wird bestätigt.

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

Datum / Unterschrift