Antrag auf Auslagenersatz über fortgezahltes Arbeitsentgelt von einem privaten Arbeitgeber, dessen Arbeitnehmer als Angehöriger der Freiwilligen Feuerwehr an einem Lehrgang an der Landesschule und Technischen Einrichtung für Brand- und Katastrophenschutz Brandenburg (LSTE) teilgenommen hat

					0 .	, 0					
Rücksendung an:											
Landesschule und T für Brand- und Kata Eisenbahnstraße 1a 15890 Eisenhüttens	strophenschutz Bra		burg								
			Arbeitsentgeltes einschließ nachfolgenden Arbeitnehm		er Nebenleistungen für	Gehalts- und					
Name, Vorname des Arbeitnehmers	S:			geboren am:							
beschäftigt als:					beschäftigt sei	t:					
vollständige Wohnanschrift des Arbeitnehmers	5:				·	•					
Während der nachstehend genannten Zeit hat der Arbeitnehmer an einem Lehrgang an der Landesschule und Technischen Einrichtung für Brand- und Katastrophenschutz Brandenburg teilgenommen und ist – ohne Anrechnung auf den zustehenden Urlaub – für diese Zeit der Arbeit ferngeblieben.											
Lehrgangs- bezeichnung:				vom - bis							
Lehrgangs-Nr.:		_									
Auf die Mitteilungspflicht gemäß der Mitteilungsverordnung vom 07.09.1993 (BGBI. I S. 1554), geändert durch die Verordnung vom 10.12.1994 (BGBI. I S. 3848 in Verbindung mit § 24 des Einkommenssteuergesetzes), wird hingewiesen.											
Zuständige Finanzamt des AG	:										
Erstattungsberechnur	ng nach Merkblatt Pk	t. 3b (ı	nach Lohn- u. Gehaltsempf	änger b	zw. Stundenlohnempfä	nger)					
Lohn - und Ge	haltsempfänge	<u>e r</u>									
wöchentliche Arbeitszeit	h	х	4,348 (Berechnungsfaktor siehe Merkblatt Pkt 3a)		nonatliche Gesamtstunden (h)	h					
Brutto-Monats- gehalt/-lohn (zuzügl. vermögens- wirksame Leistungen)	€	:	h monatliche Gesamtstunden		Brutto- tundenlohn	€					
oder Stundenl	<u>ohnempfänge</u>	<u>r</u>									
	\rightarrow			S †	irutto- tundenlohn zuzügl. vermögens- irksame Leistungen)	€					

Weitere Berechnung durch	den An	tragste	ller								Pri	ifung	durch	LST
		Tage	Ausfa	allstur	nden		uttost usfalls					Brutto Ausfa	stunde Ilstund	
Der Ausfall des Arbeitsentgeltes beträgt					h				€					
angerechnete Arbeitgeber anteile (siehe Merkblatt Pkt. 1)	·_													
Krankenversicherung					%									
Rentenversicherung					%									
Arbeitslosenversicherung					%									
Pflegeversicherung					%									
anteilige Weihnachtsgratifika	ition				%									
anteilige Urlaubsgratifikation					%									
Gesamterstattungsbetrag:										L				
Erstattung des ermittelten	Gesamti	betrage	s auf n	achto	igend	es Fir	menk	onto:			Datum/L	Jnterschri	ft	
D E														
BIC:														
Name des Kontoinhaber						,	Verwei	ndung	szweck	(falls n	otwend	dig)		
s wird versichert, dass die voorsonenbezogenen Daten du Eückfragen an die LSTE unte Datum und Unterschrift des A	irch die L er Tel. 03: Antragste	STE ele 364/757 ellers	ektronis(-0)			ert un	d in eir	iem ai	utomatis		erfahre	en verai	beitet v	
Teleformulation and Emuliac	110330 u 0	3 Dear	oners											
Bearbeitungsvermerk durch	die LSTE	:		Kapite	el und	Titel:		0.3	.750	. 6 3 3	10.2	0		
				Teilred Anord	chnun	g	ner		/ <u>nein</u>					
				Rechr	_	richti							• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	