

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
Mecklenburg-Vorpommern  
Dezernat: Soziales Entschädigungsrecht

Geschäftszeichen IfSG (§56)	Eingangsstempel
--------------------------------	-----------------

**Antrag auf Verdienstausfallentschädigung nach §56**  
**Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Der Antrag wird gestellt als

- Vom Tätigkeitsverbot selbst betroffener Arbeitnehmer  
(Bitte Arbeitsvertrag in Kopie beifügen und evtl. anwendbaren Tarifvertrag angeben)
- Arbeitgeber eines/r vom Tätigkeitsverbot Betroffenen  
(Bitte Arbeitsvertrag in Kopie beifügen und evtl. anwendbaren Tarifvertrag angeben)
- Vom Tätigkeitsverbot selbst betroffener Selbstständiger

A. Antragsteller/in

Name / Firma	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
Plz, Wohnort	

## B. Betroffene/r des Tätigkeitsverbotes

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
Plz, Wohnort	
Lehrling nach §10 Berufsbildungsgesetz	
Im Zeitpunkt der Anordnung des Tätigkeitsverbotes bestand Versicherungspflicht des Betroffenen bei	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung: (genaue Anschrift) <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung: (genaue Anschrift) <input type="checkbox"/> Rentenversicherung: (genaue Anschrift) <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung

## C. Gesetzliches/behördliches Tätigkeitsverbot

(behördliche Anordnung beifügen oder gesetzliches Tätigkeitsverbot bezeichnen)

Datum der Anordnung	
Anordnungsbehörde	
Bis zur Anordnung ausgeübte Tätigkeit des/der Betroffenen	
Inhalt der Anordnung bzw. des gesetzlichen Tätigkeitsverbotes	
Grund der Anordnung	
Anordnungszeitraum	vom.....bis.....
Tätigkeit tatsächlich nicht ausgeübt	vom.....bis.....

## D. Arbeitsunfähigkeit

Während des Tätigkeitsverbotes bestand krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des/der Betroffenen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom.....bis..... (Bescheinigung der Krankenkasse oder AU-Bescheinigung beifügen)
--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## E. Entgeltfortzahlung

(nicht auszufüllen von Selbstständigen, die vom Tätigkeitsverbot selbst betroffen sind)

Es wurde in der Zeit des Tätigkeitsverbotes dem Betroffenen Entgeltfortzahlung geleistet
<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nach §3 Entgeltfortzahlungsgesetz <input type="checkbox"/> sonstiger Grund (Arbeitsvertrag in Kopie beifügen und evtl. anwendbaren Tarifvertrag bezeichnen oder in Kopie beifügen)
vom.....bis.....
in Höhe von.....Euro
von <input type="checkbox"/> dem unter A. bezeichneten Antragsteller und/oder <input type="checkbox"/> von (genaue Anschrift und Grund der Zahlung angeben):

## F. Leistungen nach §45 SGB V

Nach §45 SGB V für die Betreuung eines erkrankten Kindes in der Zeit des Tätigkeitsverbotes	<input type="checkbox"/> bestand in Höhe von.....Euro (Bestätigung der Krankenkasse beifügen) <input type="checkbox"/> bestand nicht
---------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## G. Sonstige Erstattungen

Der erlittene Verdienstausschlag wurde sonst von Dritten erstattet

- ja, in Höhe von..... Euro (bitte Belege beifügen)
- nein

## H. Ersatztätigkeit

<p>Von dem/der Betroffenen wurde in der Zeit des Tätigkeitverbotes (C.) eine Ersatztätigkeit/sonstige Erwerbstätigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ausgeübt Art der Tätigkeit:  daraus erzielte Einkünfte: (Lohnabrechnung oder sonstige Einkommensbelege beifügen)</li><li><input type="checkbox"/> nicht ausgeübt Begründung:  (Bestätigung des Arbeitgebers beifügen)</li></ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# I. Höhe des Verdienstaufalles des Betroffenen

(bei Anträgen des Arbeitgebers, das für die Zeit der Anordnung fortbezahlte Arbeitsentgelt)

A: Bei Arbeitnehmern

Brutto Arbeitsentgelt	.....Euro
Abzüglich	
a. Lohnsteuer	.....Euro
b. Kirchensteuer	.....Euro
c. Solidaritätszuschlag	.....Euro
d. Sozialversicherungsbeiträge (einschließlich Pflegeversicherung)	.....Euro
e. Andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	.....Euro
Netto Arbeitsentgelt	.....Euro
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen	
<input type="checkbox"/> liegen bei	
<input type="checkbox"/> werden nachgereicht	

B: Bei Selbstständigen

Brutto Arbeitsentgelt	.....Euro
Abzüglich	
a. Lohnsteuer	.....Euro
b. Kirchensteuer	.....Euro
c. Solidaritätszuschlag	.....Euro
d. Sozialversicherungsbeiträge (einschließlich Pflegeversicherung)	.....Euro
e. Andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	.....Euro
Netto Arbeitsentgelt	.....Euro
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen	
<input type="checkbox"/> liegen bei	
<input type="checkbox"/> werden nachgereicht	
Die untersagte selbstständige Tätigkeit konnte für die Zeit der Anordnung durch einen Vertreter fortgeführt werden.	
<input type="checkbox"/> ja, durch.	
<input type="checkbox"/> nein, weil:	

---

B: Bei Heimarbeitern

Brutto Arbeitsentgelt	.....Euro
Abzüglich	
a. Lohnsteuer	.....Euro
b. Kirchensteuer	.....Euro
c. Solidaritätszuschlag	.....Euro
d. Sozialversicherungsbeiträge (einschließlich Pflegeversicherung)	.....Euro
e. Andere Aufwendungen zur sozialen Sicherheit	.....Euro
Netto Arbeitsentgelt	.....Euro
Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen	
<input type="checkbox"/> liegen bei	
<input type="checkbox"/> werden nachgereicht	

J. Kontoverbindung des Antragstellers

Eine zu gewährende Verdienstaussfallentschädigung soll auf folgendes Konto überwiesen werden.

Kontoinhaber	
Bankinstitut	
IBAN	
BIC	

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

---

Ort, Datum  
Stempel

Unterschrift, ggf.