

Bürger- und Ordnungsamt
Hinrich-Schmalfeldt-Str. 30
27576 Bremerhaven

Antrag für Arbeitnehmer

auf Erstattung von Aufwendungen zur sozialen Sicherung in angemessenem Umfang nach § 58 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Mit diesem Antrag können Sie als Arbeitnehmer die Erstattung von Aufwendungen zur sozialen Sicherung für die ersten 6 Entschädigungswochen beantragen, wenn Sie entschädigungsberechtigt nach § 56 Abs. 1 oder Abs. 1a IfSG sind.

Soweit Sie im Rahmen des Entschädigungsanspruchs nach § 56 Abs. 1a IfSG Aufwendungen zur sozialen Sicherung für die Entschädigungswochen 7 bis 10 bzw. 20 beantragen möchten, können Sie dies mit dem Arbeitnehmerantrag nach § 56 Abs. 1a IfSG tun. Der Erstattungsanspruch nach § 58 IfSG ist dort mitintegriert. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf www.ifsg-online.de.

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

- Sie sind als Arbeitnehmer Entschädigungsberechtigter 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 Arbeitgeber den Sie betreffenden Erstattungsantrag für die ersten 6 Entschädigungswochen gemäß § 56 Abs. 1 oder Abs. 1a IfSG gestellt hat. Bitte erfragen Sie bei ihm die diesbezügliche Vorgangskennung und geben Sie diese unten an.

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

- Nachweis über die private Absicherung (z. B. Jahresmitteilung der privaten Krankenversicherung, des Versorgungswerks o. ä.)
- Vorlage einer Vollmacht, soweit Sie den Antrag in Vertretung des erstattungsberechtigten Arbeitnehmers stellen (z.B. als Steuerberater).

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 Arbeitgebers** gemäß § 56 Abs. 1 oder § 56 Abs. 1a IfSG an:

Antragsteller

Herr

Frau

Divers

Name

Vorname

Geburtsdatum

Steuer-ID

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon-Nr.

E-Mail

Arbeitgeber

Firma

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Bankverbindung

(Eine Zahlung ist nur an eine deutsche Bankverbindung möglich.)

IBAN

BIC

Name der Bank

Kontaktperson für Rückfragen (falls abweichend vom Antragsteller)

Herr

Frau

Divers

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon-Nr.

E-Mail

Handelt es sich bei der Kontaktperson um einen Bevollmächtigten?

Wenn Sie den Antrag im Auftrag des Arbeitnehmers stellen (z. B. als Steuerberater), dann beantworten Sie diese Frage mit „ja“.

In diesem Fall wird als Nachweis eine **Vollmacht** benötigt.

ja

nein

Aufwandserstattung

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, § 61 SGB XI erstattungsfähig, soweit Sie solche Zuschüsse üblicherweise von Ihrem Arbeitgeber 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 Arbeitgeber diese Leistungen im Entschädigungszeitraum nicht abgeführt hat. Sollten insoweit Unklarheiten bestehen, nehmen Sie bitte Kontakt zu Ihrem Arbeitgeber auf.

Monat 1

Name des Monats

Sind Sie pflichtversichert in der gesetzlichen **Krankenversicherung**?

ja nein

Falls nein:

Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V?

ja nein

Monatlicher Zuschuss

Falls ja:

Haben Sie diese im betreffenden Monat erhalten?

ja anteilig nein

Erhaltener Zuschuss

.....

Sind Sie pflichtversichert in der gesetzlichen **Pflegeversicherung**?

ja nein

Falls nein:

Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI?

ja nein

Monatlicher Zuschuss

Falls ja:

Haben Sie diese im betreffenden Monat erhalten?

ja anteilig nein

Erhaltener Zuschuss

.....

Sind Sie pflichtversichert in der gesetzlichen **Rentenversicherung**?

ja nein

Monat 2

Name des Monats

Sind Sie pflichtversichert in der gesetzlichen **Krankenversicherung**?

- ja nein

Falls nein:

Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V?

- ja nein

Monatlicher Zuschuss

Falls ja:

Haben Sie diese im betreffenden Monat erhalten?

- ja anteilig nein

Erhaltener Zuschuss

.....

Sind Sie pflichtversichert in der gesetzlichen **Pflegeversicherung**?

- ja nein

Falls nein:

Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI?

- ja nein

Monatlicher Zuschuss

Falls ja:

Haben Sie diese im betreffenden Monat erhalten?

- ja anteilig nein

Erhaltener Zuschuss

.....

Sind Sie pflichtversichert in der gesetzlichen **Rentenversicherung**?

- ja nein

Monat 3

Name des Monats

Sind Sie pflichtversichert in der gesetzlichen **Krankenversicherung**?

- ja nein

Falls nein:

Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Krankenversicherung nach § 257 SGB V?

- ja nein

Monatlicher Zuschuss

Falls ja:

Haben Sie diese im betreffenden Monat erhalten?

- ja anteilig nein

Erhaltener Zuschuss

.....

Sind Sie pflichtversichert in der gesetzlichen **Pflegeversicherung**?

- ja nein

Falls nein:

Erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber üblicherweise Zuschüsse zur Pflegeversicherung nach § 61 SGB XI?

- ja nein

Monatlicher Zuschuss

Falls ja:

Haben Sie diese im betreffenden Monat erhalten?

- ja anteilig nein

Erhaltener Zuschuss

.....

Sind Sie pflichtversichert in der gesetzlichen **Rentenversicherung**?

- ja nein

Nachweise

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

- Nachweis über die private Absicherung,
- Vorlage einer Vollmacht, soweit der Antrag in Vertretung des erstattungsberechtigten Arbeitnehmers 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 tätigen möchten, führen Sie diese bitte hier aus:

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen getätigt habe und beantrage die Erstattung der vorgenannten Beträge auf das angegebene Konto.

ja nein

Ich versichere überdies, dass ich meinen Anspruch nach § 58 IfSG nicht an meinen Arbeitgeber abgetreten habe und/oder ihn 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).

Datum

Ort

Unterschrift Antragsteller bzw. Bevollmächtigter

Datenschutzhinweis (nur für Ihre Unterlagen)

Ihre Daten werden vom Ordnungsamt in Erfüllung seiner Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz erhoben und verarbeitet. Die Verarbeitung Ihrer Daten ist vorliegend gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. e) DS-GVO und § 3 Abs. 1 BremDSGVOAG für die Wahrnehmung der Aufgabe zur Entschädigungsleistung nach § 56 Infektionsschutzgesetz erforderlich, die im öffentlichen Interesse liegt und nach § 4 Abs. 1 der Verordnung über die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz vom 11.09.2018 – zuletzt geändert mit Verordnung zur Änderung der Verordnung über die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz vom 12. Mai 2020 - dem Ordnungsamt obliegt.

Informationen nach Art. 13 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) (EU-Verordnung 2016/679)

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Stadt Bremerhaven, Bürger- und Ordnungsamt, Amtsleitung, Hinrich-Schmalfeldt-Straße 30, 27576 Bremerhaven. E-Mail-Adresse: buergerundordnungsamt@magistrat.bremerhaven.de

2. Datenschutzbeauftragter

Datenschutzbeauftragter des Bürger- und Ordnungsamtes, Hinrich-Schmalfeldtstraße 30, Stadthaus 5, 27576 Bremerhaven. E-Mail-Adresse: buergerundordnungsamt@magistrat.bremerhaven.de

3. Zweck der Datenverarbeitung

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen des Entschädigungsverfahrens nach §§ 56 ff. Infektionsschutzgesetz (IfSG) in der jeweils gültigen Fassung. Die Erhebung von personenbezogenen Daten ist Voraussetzung für die Aufgabenerfüllung. Das Ordnungsamt benötigt Ihre Daten, um die Anspruchsvoraussetzungen für eine Entschädigungszahlung nach § 56 IfSG zu prüfen.

4. Empfänger Ihrer Daten

Die Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich zu dem o.g. Zweck.

5. Speicherung Ihrer Daten

Die personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald diese zur Erfüllung der Aufgabe und bestehender rechtlicher Verpflichtungen nicht mehr benötigt werden. Ihre Daten werden für einen Zeitraum von 10 Jahren gespeichert. Der Speicherzeitraum beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Bearbeitung abgeschlossen worden ist.

6. Ihre Rechte

Datenschutzhinweis (nur für Ihre Unterlagen)

Sie haben gegenüber dem Verantwortlichen ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), gegebenenfalls einen Anspruch auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO). Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten (Art. 17 DSGVO) oder das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO) zu. Sie haben auch ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Zudem haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 21 DSGVO). Weiter steht Ihnen gegebenenfalls ein Beschwerderecht nach Art. 57 Abs. 1 lit. f DSGVO bei folgender Stelle zu:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien Hansestadt Bremen

Arndtstraße 1, 27570 Bremerhaven
Tel.: +49 471 596 2010 oder +49 421 361 2010
Fax: +49 421 496 18495
E-Mail: office@datenschutz.bremen.de

Ist beabsichtigt, die personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.