

An die  
Landeshauptstadt Stuttgart  
Gesundheitsamt  
Schloßstraße 91  
70176 Stuttgart

## Antrag auf Verdienstausschüttung nach § 56 ff. des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

### Angaben zur Firma

Name der Firma

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Name Ansprechpartner/-in

Telefon

E-Mail

### Ich beantrage Entschädigung nach § 56 IfSG als

- ☐ Arbeitgeber  
☐ Selbstständige/Selbstständiger  
☐ Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer  
☐ Heimarbeiterin/Heimarbeiter

### Persönliche Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers

Zuname, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

## 1 Tätigkeitsverbot

### Zeitdauer des Tätigkeitsverbots oder der Absonderung

vom

bis (einschließlich)

### Ort der Absonderung

### Schriftliche Bestätigung des Tätigkeitsverbots (Bitte Kopie von Beginn und Ende beifügen.)

Behörde

vom

**Die Betroffene/Der Betroffene ist tätig als**

Genaue Beschreibung, eventuell Beiblatt verwenden.

---

**Die Betroffene/Der Betroffene ist beschäftigt seit (Datum):**

(Bitte Arbeitsvertrag in Kopie beifügen.)

**Die Betroffene/Der Betroffene ist**

Auszubildende/Auszubildender im Sinne von § 10 Berufsbildungsgesetz ☐ Ja ☐ Nein

**Ersatztätigkeit**

☐ war erlaubt

☐ war nicht erlaubt

☐ wurde ausgeübt (Nachweis über Höhe des gezahlten Einkommens beifügen.)

☐ wurde nicht ausgeübt, weil

Bitte ausführlich begründen, eventuell Beiblatt verwenden.

---

**Vor Anordnung des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung bestand Versicherungspflicht bei der**

☐ Krankenversicherung bei (Name):

☐ Pflegeversicherung

☐ Rentenversicherung Bund

☐ Rentenversicherung Land

☐ Arbeitslosenversicherung

**2 Krankschreibung während des Tätigkeitsverbots****Während des Tätigkeitsverbots bestand wegen Krankheit**

☐ Arbeitsunfähigkeit

☐ keine Arbeitsunfähigkeit

**Eine entsprechende Bescheinigung der Krankenkasse, Attest oder Ähnliches**

☐ ist beigelegt.

☐ wird nachgereicht.

**3 Lohnfortzahlung****Falls zutreffend: Lohnfortzahlung durch Arbeitgeber erfolgte**

vom

bis

---

**Die Betroffene/Der Betroffene hat**

einen Lohnfortzahlungsanspruch nach § 616 BGB

(Dieser Anspruch wurde durch Arbeitsvertrag/Tarifvertrag abgedungen;  
bitte den entsprechenden Vertrag (Auszug) in Kopie beifügen.)

☐ Ja ☐ Nein

## 4 Höhe des Verdienstaufalles

### 4.1 Bei Arbeitnehmern:

Zu zahlendes regelmäßiges Brutto-Arbeitsentgelt, während der **Zeit des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung**, siehe Ziffer 1

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

☐ sind beigelegt.

☐ werden nachgereicht.

### 4.2 Bei Selbstständigen:

Brutto-Arbeitsentgelt, während der **Zeit des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung**, siehe Ziffer 1

(Berechnet nach einem Zwölftel des letzten beim Finanzamt nachgewiesenen Jahres-Arbeitseinkommens/§ 15 des Vierten Sozialgesetzbuches)

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**

Der letzte Einkommensteuerbescheid

☐ ist beigelegt.

☐ wird nachgereicht.

## Mein Betrieb/Meine Praxis ruhte während der Dauer meiner Absonderung/Quarantäne

Ich beantrage für diese Zeit zusätzlich den Ersatz meiner weiter laufenden nicht gedeckten Betriebsausgaben:

	Euro
	Euro
	Euro
	Euro
	Euro
	Euro
	Euro
	Euro
<b>Summe der nicht gedeckten Betriebsausgaben</b>	<b>Euro</b>

### 4.3 Bei Heimarbeitern:

Brutto-Arbeitsentgelt, während der **Zeit des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung** (siehe Ziffer 1)

(Berechnet nach durchschnittlichen monatlichen Brutto-Arbeitsentgelt im letzten Jahr vor Anordnung des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung)

	Euro
<b>abzüglich:</b>	
a) Lohnsteuer	Euro
b) Kirchensteuer	Euro
c) Solidaritätszuschlag	Euro
d) Sozialversicherungsbeiträge (einschließlich Pflegeversicherung)	Euro
e) andere Aufwendungen zur sozialen Sicherung	Euro
<b>Netto-Arbeitsentgelt</b>	<b>Euro</b>

Entsprechende Nachweise bzw. Bescheinigungen

☐ sind beigelegt.

☐ werden nachgereicht.

**5 Waren Sie in der Zeit ab Jahresbeginn 2020 in einem vom Robert-Koch-Institut ausgewiesenen Risikogebiet?**

☐ ja ☐ nein

<b>Land</b>	<b>Aufenthalt von - bis</b>	<b>Ort, Region und Name der Unterkunft</b>	<b>Rückkehr nach Deutschland am</b>
Ägypten			
China			
Deutschland			
Frankreich			
Iran			
Italien			
Österreich			
Schweiz			
Spanien			
Südkorea			
USA			

Land	Aufenthalt von - bis	Ort, Region und Name der Unterkunft	Rückkehr nach Deutschland am

## 6 Konto für Entschädigungszahlung

Name der Bank

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

IBAN

BIC

Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

**Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn Sie alle Angaben vollständig und richtig gemacht und alle erforderlichen Unterlagen beigelegt haben.**

Ort, Datum

Unterschrift