

**Berechnungsschema zum Antrag auf Erstattung
 für Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit - U1**

Angaben zum Mitarbeiter

Name: _____
 Vornam: _____
 Versicherungsnummer: _____

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: 28.02.2024 bis: 29.02.2024
 Abrechnungsmonat: 02/2024

Angaben zur Kasse

Name: _____
 Betriebsnummer: _____
 Erstattungssatz: _____
 Begrenzung auf BBG: _____
 Erstattung der AG-Anteile zur SV: _____

EK DAK Gesundheit

70,00 %
 Ja
 Kein Wert

Fortzuzahlende Ausfallzeiten	pro Abrechnungsmonat	pro Zeitraum
Volle Kalendertage	2	
Volle Arbeitstage	2	
Arbeitsstunden insgesamt	13,00	13,00

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: $\text{Vollmonatsbetrag} * \text{fortzuzahlende Arbeitstage} / \text{Sollarbeitstage}$

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
1000	Stundenlo		1.617,57	Gemäß Buchung	1.617,57
				Gesamtbetrag pro Monat	1.617,57
				Begrenzung auf BBG	719,05
				* 70,00%	503,34
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				Erstattungsbeitrag	503,34