

**DÜ-Protokoll zum Antrag auf Erstattung
für Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit - U1**

LOI 276409/ 1678/00032
Datum: 24.11.2023
Seite: 1
DÜ am: 22.08.2023

Angaben zum Arbeitgeber
Betriebsnummer:

Betriebsnummer des Steuerberaters:

Angaben zum Empfänger
Betriebsnummer: 1020803 IKK Brandenburg und Berlin Ost

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin

Sozialversicherungsnummer:

PKV versichert LKK versichert Geringfügige Beschäftigung (Minijob)

Beschäftigt seit dem: 15.12.1999

Erstattungszeitraum von: 01.07.2023 bis: 06.07.2023


Stornierung


Ist die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? ja nein

War der Arbeitnehmer wegen Schädigung durch einen Dritten arbeitsunfähig? ja nein

Abtretung nach § 5 AAG ja nein

Letzter Arbeitstag/von Bord am: 28.06.2023

Art des Entgelts: Gehaltsempfänger	Entgelt (ohne BAV):		2.264,98
Art der Ausfallzeit: Kalendertage	Ausfallzeit:		6,00
Arbeitszeit wöchentlich: 29,75			
Arbeitszeit täglich: 5,95			

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile):		538,34
Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt:		0,00
Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge:		0,00
Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung):		0,00
Erstattungssatz in vom Hundert: 70,00	Erstattungsbetrag:	376,84

Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.
 soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden.
Kontoinhaber: _____

Bank:
Konto:

Verwendungszweck:
Erstattung nach AAG - U1
01. bis 06.07.2023

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

Angaben zum Mitarbeiter

Name:
 Vorname:
 Versicherungsnummer:

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: 01.07.2023 bis: 06.07.2023
 Abrechnungsmonat: 08/2023

Angaben zur Kasse

Name: IKK Brandenburg und Berlin Ost
 Betriebsnummer: 1020803
 Erstattungssatz: 70,00 %
 Begrenzung auf BBG: Ja
 Erstattung der AG-Anteile zur SV: Kein Wert

Fortzuzahlende Ausfallzeiten	pro Abrechnungsmonat	pro Zeitraum
Volle Kalendertage	6	6
Volle Arbeitstage	4	
Arbeitsstunden insgesamt	23,80	

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage



Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt	
1661	Lohnfortz	rechn. Durchschnitt für	6 Tage	106,68	Gemäß Buchung	106,68
2000	Gehalt			1.560,00	*6,00/30	312,00
2045	lfd.Umsat			598,30	*6,00/30	119,66
Gesamtbetrag pro Monat					538,34	
* 70,00%					376,84	
+ AG-Anteile zur SV					0,00	
Erstattungsbetrag					376,84	