

Versicherungsnummer



**Antrag auf Erstattung des entstandenen
Verdienstauffalls oder Einkommensauffalls**
(bitte nachträglich einreichen)

CA0561

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
--	--------------

Rehabilitandin / Rehabilitand (Name, Vorname) - falls nicht Versicherte oder Versicherter	Geburtsdatum
---	--------------

1 Angaben der Person, der Verdienstauffall oder Einkommensauffall entstanden ist

Name	Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Ich bin

<input type="checkbox"/> abhängig beschäftigt	<input type="checkbox"/> Bezieher von Arbeitslosengeld
<input type="checkbox"/> selbständig tätig	<input type="checkbox"/> Bezieher von Arbeitslosengeld II
<input type="checkbox"/> Beamter / DO-Angestellter	

2 Angaben des Arbeitgebers / des Dienstherrn

2.1 Wurde unbezahlter Urlaub gewährt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
2.2 Zeitraum des Verdienstauffalls	am	am
vom - bis		
Bei stundenweiser Arbeitsbefreiung:	Anzahl der entfallenen Arbeitsstunden	
2.3 Höhe des Netto arbeitsentgeltes / der Netto bezüge für den unter Ziffer 2.2 angegebenen Zeitraum (einschließlich anteiliger Sonderzahlungen)	Betrag in EUR insgesamt	
2.4 Für wieviele Kalendertage wäre der Verdienst in dem oben angegebenen Zeitraum gezahlt worden?	Kalendertage	
2.5 Der Beschäftigungsort / Tätigkeitsort befindet sich in den		
<input type="checkbox"/> alten Bundesländern	<input type="checkbox"/> neuen Bundesländern	

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers / Dienstherrn

Versicherungsnummer

3 Angaben bei Selbständigkeit

3.1 Zeitraum des Einkommensausfalls	am	am
vom - bis		
3.2 Höhe des entgangenen Gewinns für den oben angegebenen Zeitraum (Bitte Nachweise beifügen!)	Betrag in EUR insgesamt	
3.3 Die Betriebsstätte befindet sich in den		
<input type="checkbox"/> alten Bundesländern <input type="checkbox"/> neuen Bundesländern		

4 Verdienstaufschlag im Rahmen der Haushaltshilfe

Wurde vor der Leistung zur Teilhabe bereits ein Verdienstaufschlag durch einen anderen Leistungsträger erstattet?
vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für folgenden Zeitraum _____
Name des Leistungsträgers
Anschrift

5 Bankverbindung der Versicherten / des Versicherten oder der Begleitperson / Haushaltshilfe

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

6 Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen und zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen, die im Zusammenhang mit der Antragstellung stehen, der Arbeitsgemeinschaft sofort mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Person, der Verdienstaufschlag / Einkommensausfall entstanden ist

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7 Folgende Unterlagen sind beigefügt: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Nachweise über Beiträge zur freiwilligen Sozialversicherung
- Nachweise über Mehraufwendungen zur privaten Krankenversicherung / Pflegeversicherung
- Nachweise über den entgangenen Gewinn
- Bewilligungsbescheid und Aufhebungsbescheid der Agentur für Arbeit über den Bezug von Arbeitslosengeld
- Bescheid des Trägers der Grundsicherung für Arbeitsuchende über den Bezug von Arbeitslosengeld II
- Sonstiges _____

