

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

C02 129805/ 480/00002
Datum: 11.03.2021
Seite: 1
DÜ am:

*** ACHTUNG: Die Daten wurden im Schulungsmodus verarbeitet! ***

Angaben zum Arbeitgeber
Betriebsnummer: 76472352

Betriebsnummer des Steuerberaters: 76472352

Angaben zum Empfänger
Betriebsnummer: 42938966 EK BARMER (vormals Barmer GEK)

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin
Müller, Sabine

Sozialversicherungsnummer: 58020385W525

☐ PKV versichert ☐ LKK versichert ☐ Geringfügige Beschäftigung (Minijob)

Beschäftigt seit dem: 01.02.2006

Erstattungszeitraum von: 27.05.2020 bis: 29.05.2020

☒ Endabrechnung ☐ Zwischenabrechnung ☐ 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: 26.05.2020

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): 2.900,00

Art der Ausfallzeit: **Kalendertage** Ausfallzeit: 3,00

Arbeitszeit wöchentlich: 40,00

Arbeitszeit täglich: 8,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 290,00

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 0,00

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 65,00 Erstattungsbetrag: 188,50

Der Erstattungsbetrag ☐ soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

☒ soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden.

Kontoinhaber:
Perm GmbH
Name des Geldinstituts

Bank: **MALADE51KOB**
Konto: **DE29 5705 0120 0138 4431 06**

Verwendungszweck:
Erstattung nach AAG - U1
27. bis 29.05.2020

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

Angaben zum Mitarbeiter

Name: Müller
Vorname: Sabine
Versicherungsnummer: 58020385W525

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: 27.05.2020 bis: 29.05.2020
Abrechnungsmonat: 05/2020

Angaben zur Kasse

Name: EK BARMER (vormals Barmer GEK)
Betriebsnummer: 42938966
Erstattungssatz: 65,00 %
Begrenzung auf BBG: Ja
Erstattung der AG-Anteile zur SV: Kein Wert

Fortzuzahlende Ausfallzeiten	pro Abrechnungsmonat	pro Zeitraum
Volle Kalendertage	3	3
Volle Arbeitstage	3	
Arbeitsstunden insgesamt	24,00	

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
2000	Grundgeha		2.850,00	* 3,00/30	285,00
2900	AG-Zusch.		30,00	* 3,00/30	3,00
3100	AG-Anteil		20,00	* 3,00/30	2,00
Gesamtbetrag pro Monat					290,00
* 65,00%					188,50
+ AG-Anteile zur SV					0,00
Erstattungsbetrag					188,50

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

C02 129805/ 480/00003
Datum: 11.03.2021
Seite: 1
DÜ am:

*** ACHTUNG: Die Daten wurden im Schulungsmodus verarbeitet! ***

Angaben zum Arbeitgeber
Betriebsnummer: 76472352

Betriebsnummer des Steuerberaters: 76472352

Angaben zum Empfänger
Betriebsnummer: 55811201 IKK Südwest

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin
Wegmann, Marion

Sozialversicherungsnummer: 58251183W653

☐ PKV versichert ☐ LKK versichert ☐ Geringfügige Beschäftigung (Minijob)

Beschäftigt seit dem: 01.03.2006

Erstattungszeitraum von: 06.05.2020 bis: 08.05.2020

☒ Endabrechnung ☐ Zwischenabrechnung ☐ 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: 05.05.2020

Art des Entgelts: Stundenlohn Entgelt (ohne BAV): 25,47

Art der Ausfallzeit: Arbeitsstunden Ausfallzeit: 21,00

Arbeitszeit wöchentlich: 40,00

Arbeitszeit täglich: 6,67

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 534,85

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 0,00

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 70,00 Erstattungsbetrag: 374,40

Der Erstattungsbetrag ☐ soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

☒ soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden.

Kontoinhaber:
Perm GmbH
Name des Geldinstituts

Bank: MALADE51KOB
Konto: DE29 5705 0120 0138 4431 06

Verwendungszweck:
Erstattung nach AAG - U1
06. bis 08.05.2020

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

Angaben zum Mitarbeiter

Name: Wegmann
Vorname: Marion
Versicherungsnummer: 58251183W653

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: 06.05.2020 bis: 08.05.2020
Abrechnungsmonat: 05/2020

Angaben zur Kasse

Name: IKK Südwest
Betriebsnummer: 55811201
Erstattungssatz: 70,00 %
Begrenzung auf BBG: Ja
Erstattung der AG-Anteile zur SV: Kein Wert

Fortzuzahlende Ausfallzeiten	pro Abrechnungsmonat	pro Zeitraum
Volle Kalendertage	3	
Volle Arbeitstage	3	
Arbeitsstunden insgesamt	21,00	21,00

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
1650	Lohnfortz		521,85	Gemäß Buchung	521,85
2951	Fahrtkost		120,00	* 3,00/30	12,00
3100	AG-Anteil		10,00	* 3,00/30	1,00
				Gesamtbetrag pro Monat	534,85
				* 70,00%	374,40
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				Erstattungsbetrag	374,40

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

C02 129805/ 480/00005
Datum: 11.03.2021
Seite: 1
DÜ am:

*** ACHTUNG: Die Daten wurden im Schulungsmodus verarbeitet! ***

Angaben zum Arbeitgeber
Betriebsnummer: 76472352

Betriebsnummer des Steuerberaters: 76472352

Angaben zum Empfänger
Betriebsnummer: 29137937 EK KKH Kaufmännische Krankenkasse

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin
Beier, Jeanette

Sozialversicherungsnummer: 15050101B521

☐ PKV versichert ☐ LKK versichert ☐ Geringfügige Beschäftigung (Minijob)

Beschäftigt seit dem: 01.08.2019

Erstattungszeitraum von: 11.05.2020 bis: 15.05.2020

☒ Endabrechnung ☐ Zwischenabrechnung ☐ 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: 08.05.2020

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): 1.105,10

Art der Ausfallzeit: **Kalendertage** Ausfallzeit: 5,00

Arbeitszeit wöchentlich: 35,00

Arbeitszeit täglich: 7,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 184,18

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 0,00

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 70,00 Erstattungsbetrag: 128,93

Der Erstattungsbetrag ☐ soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

☒ soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden.

Kontoinhaber:
Perm GmbH
Name des Geldinstituts

Bank: **MALADE51KOB**
Konto: **DE29 5705 0120 0138 4431 06**

Verwendungszweck:
Erstattung nach AAG - U1
11. bis 15.05.2020

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

Angaben zum Mitarbeiter

Name: **Beier**
Vorname: **Jeanette**
Versicherungsnummer: **15050101B521**

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **11.05.2020** bis: **15.05.2020**
Abrechnungsmonat: **05/2020**

Angaben zur Kasse

Name: **EK KKH Kaufmännische Krankenkasse**
Betriebsnummer: **29137937**
Erstattungssatz: **70,00 %**
Begrenzung auf BBG: **Ja**
Erstattung der AG-Anteile zur SV: **Kein Wert**

Fortzuzahlende Ausfallzeiten	pro Abrechnungsmonat	pro Zeitraum
Volle Kalendertage	5	5
Volle Arbeitstage	5	
Arbeitsstunden insgesamt	35,00	

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: **Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage**

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
2010	Ausbildun		890,00	*5,00/30	148,33
2900	AG-Zusch.		195,10	*5,00/30	32,52
3100	AG-Anteil		20,00	*5,00/30	3,33
				Gesamtbetrag pro Monat	184,18
				* 70,00%	128,93
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				Erstattungsbetrag	128,93

Berater: 129805
Mandant: 480
Pers.-Nr.: 00002

Perm GmbH
Löhrstraße 45
56068 Koblenz

VKZ: C02

Datum: 11.03.2021
Seite: 1

Meldeverlauf Erstattung AAG für Müller, Sabine für Mai 2020

Monat	VKZ	Abgabegrund Grund der Meldung Grund der Abweichung Kennzeichen Feststellung	Aktenzeichen Krankenkasse Sozialversicherungsnummer	Betr.-Nr. AG Betr.-Nr. KK	Beginn Zeitraum Ende Zeitraum Abw. Beginn Zeitr. Abw. Ende Zeitr.	Beantragter Erstattungsbetrag AG Festgestellter Erstattungsbetrag KK	Storno
05	C02	Meldung durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse 01=Bei Arbeitsunfähigkeit	58020385W525	76472352 42938966	27.05.2020 29.05.2020	188,50	

Berater: 129805
Mandant: 480
Pers.-Nr.: 00003

Perm GmbH
Löhrstraße 45
56068 Koblenz

VKZ: C02

Datum: 11.03.2021
Seite: 1

Meldeverlauf Erstattung AAG für Wegmann, Marion für Mai 2020

Monat	VKZ	Abgabegrund Grund der Meldung Grund der Abweichung Kennzeichen Feststellung	Aktenzeichen Krankenkasse Sozialversicherungsnummer	Betr.-Nr. AG Betr.-Nr. KK	Beginn Zeitraum Ende Zeitraum Abw. Beginn Zeitr. Abw. Ende Zeitr.	Beantragter Erstattungsbetrag AG Festgestellter Erstattungsbetrag KK	Storno
05	C02	Meldung durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse 01=Bei Arbeitsunfähigkeit	58251183W653	76472352 55811201	06.05.2020 08.05.2020	374,40	

Berater: 129805
Mandant: 480
Pers.-Nr.: 00005

Perm GmbH
Löhrstraße 45
56068 Koblenz

VKZ: C02

Datum: 11.03.2021
Seite: 1

Meldeverlauf Erstattung AAG für Beier, Jeanette für Mai 2020

Monat	VKZ	Abgabegrund Grund der Meldung Grund der Abweichung Kennzeichen Feststellung	Aktenzeichen Krankenkasse Sozialversicherungsnummer	Betr.-Nr. AG Betr.-Nr. KK	Beginn Zeitraum Ende Zeitraum Abw. Beginn Zeitr. Abw. Ende Zeitr.	Beantragter Erstattungsbetrag AG Festgestellter Erstattungsbetrag KK	Storno
05	C02	Meldung durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse 01=Bei Arbeitsunfähigkeit	15050101B521	76472352 29137937	11.05.2020 15.05.2020	128,93	