

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

F03 129805/ 480/00002  
Datum: 25.04.2022  
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

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin  
Müller, Sabine

Sozialversicherungsnummer: 58020385W525

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

Beschäftigt seit dem: 01.02.2006

Erstattungszeitraum von: 15.06.2021 bis: 30.06.2021

☒ 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: 14.06.2021

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

Art der Ausfallzeit: **Kalendertage** Ausfallzeit: 16,00

Arbeitszeit wöchentlich: 40,00

Arbeitszeit täglich: 8,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 1.546,67

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 0,00

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 65,00 Erstattungsbetrag: 1.005,34

Der Erstattungsbetrag

☐ soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

☒ soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden.

Kontoinhaber:  
**Perm GmbH**  
Name des Geldinstituts

Bank: **GENODEF1P12**  
Konto: **DE56 5709 0900 0013 3150 25**

Verwendungszweck:  
**Erstattung nach AAG - U1**  
**15. bis 30.06.2021**

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

**Angaben zum Mitarbeiter**

Name: **Müller**  
Vorname: **Sabine**  
Versicherungsnummer: **58020385W525**

**Angaben zum Erstattungszeitraum**

von: **15.06.2021** bis: **30.06.2021**  
Abrechnungsmonat: **06/2021**

**Angaben zur Kasse**

Name: **EK BARMER**  
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	16	16
Volle Arbeitstage	12	
Arbeitsstunden insgesamt	96,00	

**Formeln zur Berechnung**

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

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
2000	Grundgeha		2.850,00	*16,00/30	1.520,00
2900	AG-Zusch.		30,00	*16,00/30	16,00
3100	AG-Anteil		20,00	*16,00/30	10,67
				<b>Gesamtbetrag pro Monat</b>	<b>1.546,67</b>
				<b>* 65,00%</b>	<b>1.005,34</b>
				<b>+ AG-Anteile zur SV</b>	<b>0,00</b>
				<b>Erstattungsbetrag</b>	<b>1.005,34</b>