

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

C02 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: 26.05.2021 bis: 28.05.2021

☒ 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: 25.05.2021

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

Verwendungszweck:
Erstattung nach AAG - U1
26. bis 28.05.2021

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

Angaben zum Mitarbeiter

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

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **26.05.2021** bis: **28.05.2021**
Abrechnungsmonat: **05/2021**

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	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: 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: 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: 05.05.2021 bis: 07.05.2021

☒ 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: 04.05.2021

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: GENODEF1P12
Konto: DE56 5709 0900 0013 3150 25

Verwendungszweck:
Erstattung nach AAG - U1
05. bis 07.05.2021

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

Angaben zum Mitarbeiter

Name: **Wegmann**
Vorname: **Marion**
Versicherungsnummer: **58251183W653**

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **05.05.2021** bis: **07.05.2021**
Abrechnungsmonat: **05/2021**

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: 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: 29137937 EK KKH Kaufmännische Krankenkasse

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin
Beier, Jeanette

Sozialversicherungsnummer: 15050101B521

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

Beschäftigt seit dem: 01.08.2020

Erstattungszeitraum von: 17.05.2021 bis: 21.05.2021

☒ 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: 14.05.2021

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: GENODEF1P12
Konto: DE56 5709 0900 0013 3150 25

Verwendungszweck:
Erstattung nach AAG - U1
17. bis 21.05.2021

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

Angaben zum Mitarbeiter

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

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **17.05.2021** bis: **21.05.2021**
Abrechnungsmonat: **05/2021**

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