

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

004 129805/ 480/00005  
Datum: 29.04.2022  
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: 17.01.2022 bis: 21.01.2022

☐ 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: 14.01.2022

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): 1.165,10

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

Arbeitszeit wöchentlich: 35,00

Arbeitszeit täglich: 7,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 194,18

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 4,17

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 70,00 Erstattungsbetrag: 138,85

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 21.01.2022**

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

**Angaben zum Mitarbeiter**

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

**Angaben zum Erstattungszeitraum**

von: **17.01.2022** bis: **21.01.2022**  
Abrechnungsmonat: **01/2022**

**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**

<b>Fortzuzahlende Ausfallzeiten</b>	<b>pro Abrechnungsmonat</b>	<b>pro Zeitraum</b>
Volle Kalendertage	5	5
Volle Arbeitstage	5	
Arbeitsstunden insgesamt	35,00	

**Formeln zur Berechnung**

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

<b>Lohnart</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Teilmonatsbetrag</b>	<b>Vollmonatsbetrag</b>	<b>Ermittlung</b>	<b>Fortgezahltes Entgelt</b>
2010	Ausbildun		950,00	*5,00/30	158,33
2900	AG-Zusch.		195,10	*5,00/30	32,52
3100	AG-Anteil		20,00	*5,00/30	3,33
4700	Betriebl.		25,00	*5,00/30*1/1	4,17
				<b>Gesamtbetrag pro Monat</b>	<b>198,35</b>
				* 70,00%	138,85
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				<b>Erstattungsbetrag</b>	<b>138,85</b>