

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

C01 129805/ 480/00002  
Datum: 20.12.2023  
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: 24.05.2023 bis: 26.05.2023

☐ 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: 23.05.2023

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): 2.919,00

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

Arbeitszeit wöchentlich: 40,00

Arbeitszeit täglich: 8,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 291,90

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 0,00

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 65,00 Erstattungsbetrag: 189,74

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**  
**24. bis 26.05.2023**

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

**Angaben zum Mitarbeiter**

Name: Müller  
Vorname: Sabine  
Versicherungsnummer: 58020385W525

**Angaben zum Erstattungszeitraum**

von: 24.05.2023 bis: 26.05.2023  
Abrechnungsmonat: 05/2023

**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.		49,00	* 3,00/30	4,90
3100	AG-Anteil		20,00	* 3,00/30	2,00
				Gesamtbetrag pro Monat	291,90
				* 65,00%	189,74
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				Erstattungsbetrag	189,74

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

C01 129805/ 480/00003  
Datum: 20.12.2023  
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: 03.05.2023 bis: 05.05.2023

☐ 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: 02.05.2023

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  
03. bis 05.05.2023

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

**Angaben zum Mitarbeiter**

Name: Wegmann  
Vorname: Marion  
Versicherungsnummer: 58251183W653

**Angaben zum Erstattungszeitraum**

von: 03.05.2023 bis: 05.05.2023  
Abrechnungsmonat: 05/2023

**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**

C01 129805/ 480/00005  
Datum: 20.12.2023  
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: 15050105B525

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

Beschäftigt seit dem: 01.08.2022

Erstattungszeitraum von: 08.05.2023 bis: 12.05.2023

☐ 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: 05.05.2023

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): 959,00

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

Arbeitszeit wöchentlich: 35,00

Arbeitszeit täglich: 7,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 159,83

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 0,00

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 70,00 Erstattungsbetrag: 111,88

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**  
**08. bis 12.05.2023**

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

**Angaben zum Mitarbeiter**

Name: **Beier**  
Vorname: **Jeanette**  
Versicherungsnummer: **15050105B525**

**Angaben zum Erstattungszeitraum**

von: **08.05.2023** bis: **12.05.2023**  
Abrechnungsmonat: **05/2023**

**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		890,00	*5,00/30	148,33
2900	AG-Zusch.		49,00	*5,00/30	8,17
3100	AG-Anteil		20,00	*5,00/30	3,33
<b>Gesamtbetrag pro Monat</b>					<b>159,83</b>
<b>* 70,00%</b>					<b>111,88</b>
<b>+ AG-Anteile zur SV</b>					<b>0,00</b>
<b>Erstattungsbetrag</b>					<b>111,88</b>