

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

C01 129805/ 480/00002
Datum: **27.03.2026**
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: **22.05.2025** bis: **23.05.2025**

☐ 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: **21.05.2025**

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): **2.928,00**

Art der Ausfallzeit: **Kalendertage** Ausfallzeit: **2,00**

Arbeitszeit wöchentlich: **40,00**

Arbeitszeit täglich: **8,00**

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): **195,20**

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: **0,00**

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: **0,00**

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): **0,00**

Erstattungssatz in vom Hundert: **65,00** Erstattungsbetrag: **126,88**

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
22. bis 23.05.2025

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

Angaben zum Mitarbeiter

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

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **22.05.2025** bis: **23.05.2025**
Abrechnungsmonat: **05/2025**

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	2	2
Volle Arbeitstage	2	
Arbeitsstunden insgesamt	16,00	

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
				Gesamtbetrag pro Monat	195,20
				* 65,00%	126,88
				+ AG-Anteile zur SV	0,00
				Erstattungsbetrag	126,88
2000	Grundgeha		2.850,00	*2,00/30	190,00
2900	AG-Zusch.		58,00	*2,00/30	3,87
3100	AG-Anteil		20,00	*2,00/30	1,33