

Rückzusenden an:

Ministerium für Soziales, Gesundheit Frauen und Familie IfSG-Team Franz-Josef-Röder-Str. 23 66119 Saarbrücken

**Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus. Grundsätzlich sind alle Angaben Pflichtfelder.
Ausnahmen sind entsprechend gekennzeichnet.**

Antrag für Selbstständige

auf Entschädigung des Verdienstauffalls auf Grund behördlich angeordneter Quarantäne (Absonderung) oder Tätigkeitsverbot nach § 56 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)



Mit diesem Antrag können Sie die Entschädigung von Verdienstauffällen beantragen, die Sie erlitten haben, weil Sie auf Grund einer behördlichen Anordnung oder aufgrund einer Rechtsverordnung des Landes abgesondert wurden oder Sie Ihre berufliche Tätigkeit aufgrund einer behördlichen Anordnung nicht mehr ausüben durften. Bitte beachten Sie, dass Sie Anträge nur rückwirkend stellen können. Unter anderem bestehen folgende Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Entschädigung:

- Eine behördlich angeordnete Absonderung (Quarantäne) nach § 30 IfSG oder eine Pflicht zur Absonderung gemäß § 30 IfSG auf Grund einer Rechtsverordnung des Landes oder ein Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG
- Keine Möglichkeit, den Verdienstauffall durch eine andere zumutbare Tätigkeit auszugleichen
- Der Beginn des Tätigkeitsverbotes oder das Ende der Absonderung müssen zum Zeitpunkt der Antragstellung weniger als 12 Monate zurückliegen
- Keine Erkrankung oder Arbeitsunfähigkeit

Für die Beurteilung der Anspruchshöhe muss unter anderem ein Steuerbescheid des Vorjahres bereitgestellt werden.*

**Falls Ihnen noch kein Steuerbescheid vorliegt, können Sie auch einen anderen Einkommensnachweis erbringen.*

Antragsteller

Name Ihres Unternehmens

Handelsregisternummer*

Amtsgericht*

**Optional*

Unternehmensanschrift: Straße, Hausnummer, Adresszusatz, PLZ, Ort*

--

Bankverbindung*

Name der Bank

--

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verwendungszweck

--

**Eine Zahlung ist nur an eine deutsche Bankverbindung möglich.*

Sind Kontoinhaber (Zahlungsempfänger) und Antragsteller identisch?

Ja

Nein

Falls nein, bitte vervollständigen Sie die Angaben:

Kontoinhaber:

--

Kontaktperson für Rückfragen

Wird der Antrag in Vertretung der Person gestellt, für die der Anspruch geltend gemacht wird?*

Ja

**Z.B. als Steuerberater. Bitte fügen Sie den Nachweis einer entsprechenden Bevollmächtigung bei.*

Nein

Falls ja, bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben:

Herr

Frau

Divers

Name, Vorname

--

Telefon-Nummer

--

E-Mail-Adresse

--

DE-Mail-Adresse*

--

**Optional, Mail-Angebot des BMI für sichere elektronische Kommunikation*

Straße, Hausnummer, Adresszusatz, PLZ, Ort*

--

**Bescheide und sonstige Korrespondenz werden dann an diese Adresse geschickt.*

Persönliche Angaben

Herr

Frau

Divers

Name, Vorname

	Geburtsdatum	
--	--------------	--

Telefon-Nummer

--

E-Mail-Adresse

--

DE-Mail-Adresse*

--

**Optional, Mail-Angebot des BMI für sichere elektronische Kommunikation*

Tätigkeitsverbot bzw. Absonderung

Pflicht zur Absonderung bzw. Tätigkeitsverbot

Bitte geben Sie an, ob ein Tätigkeitsverbot oder eine Absonderung vorlag.*

Tätigkeitsverbot

Absonderung

**Es besteht nur Anspruch auf eine Entschädigungszahlung, wenn ein behördliches Tätigkeitsverbot oder eine Anordnung zur Absonderung besteht, bzw. eine Absonderungspflicht aufgrund einer Rechtsverordnung des Landes vorlag.*

Von welcher Behörde (Name) wurde das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung angeordnet?*

PLZ und Ort der Behörde

**Wenn die Absonderungspflicht auf einer Rechtsverordnung des Landes beruht (z. B. Corona-Verordnung Absonderung Saarland), tragen Sie bitte die jeweilige Landesregierung ein (z. B. Landesregierung Saarland). PLZ und Ort der Behörde ist dann der Sitz der Landesregierung (i. d. R. Landeshauptstadt)*

Wurde das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung mündlich angeordnet?*

Ja

**Falls ja, bitte beantragen Sie bei der verantwortlichen Stelle eine schriftliche Bestätigung.*

Nein

Startdatum des Tätigkeitsverbots
bzw. der Absonderung

Enddatum des Tätigkeitsverbots
bzw. der Absonderung*

**Optional, falls bereits bekannt*

Worauf beruhte die Absonderung?

Falls Sie im vorherigen Feld 2., 3., 4. oder 5. ausgewählt haben

Impfstatus

Die Absonderung erfolgte trotz vollständiger Impfung oder Genesungsstatus.*

Ja

Nein

**Vollständige Impfung siehe <https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html>, Personen gelten bis zu sechs Monate durch den PCR-Test erstmals nachgewiesener Infektion als genesen.*

Die Möglichkeit der vollständigen Impfung vor Beginn der Absonderung wurde geprüft. Es bestand zu Beginn der Absonderung ein zumutbares Impfangebot.*

Ja

Nein

**Der Arbeitnehmer hätte die Möglichkeit haben müssen, bis zum Zeitpunkt der Absonderung den vollständigen Impfschutz zu erlangen. Vollständiger Impfschutz liegt 14 Tage nach der letzten notwendigen Impfdosis vor.*



Es kann kein Anspruch auf Entschädigung für einen zukünftigen Verdienstausschlag geltend gemacht werden. Für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung, der in der Zukunft liegt, muss ein weiterer Antrag gestellt werden. Außerdem kann ein Anspruch auf Entschädigung mit diesem Antrag für höchstens 6 Wochen geltend gemacht werden (pro Tätigkeitsverbot bzw. Absonderung).

Betriebsschließung

War der gesamte Betrieb im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung geschlossen?

Ja

Nein

Falls ja, bitte geben Sie den Zeitraum an:

Startdatum Betriebsschließung

Enddatum Betriebsschließung*

**War der Betrieb nur an einem einzelnen Tag geschlossen, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

Anspruchsberechtigung

Ich bestätige, dass keine Möglichkeit bestand, während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung meine Arbeit zur Gänze von zu Hause auszuüben.

Ja

Nein

Persönliche Umstände

Waren Sie während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung arbeitsunfähig krank?

Ja
Nein

Falls ja, bitte geben Sie den Zeitraum an:

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 1*

Enddatum Arbeitsunfähigkeit 1*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 2*

Enddatum Arbeitsunfähigkeit 2*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 3*

Enddatum Arbeitsunfähigkeit 3*

**Waren Sie nur an einem einzelnen Tag arbeitsunfähig krank, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

Haben Sie während des Tätigkeitsverbots oder der Absonderung Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V erhalten?

Ja
Nein

Falls ja, bitte geben Sie den Zeitraum an:

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 1*

Enddatum Arbeitsunfähigkeit 1*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 2*

Enddatum Arbeitsunfähigkeit 2*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 3*

Enddatum Arbeitsunfähigkeit 3*

**Waren Sie nur an einem einzelnen Tag arbeitsbefreit, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.*

Entschädigung



Falls die Tage des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung in verschiedene Kalendermonate fallen, müssen die nachfolgenden Angaben pro Kalendermonat gemacht werden.

Monat 1 (z.B. 02/2021)

Bitte geben Sie den Einkommensausfall (brutto) infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat an

 EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls*

**Optional. Z.B. bei besonderen Arbeitszeiten oder saisonalen Abweichungen bei Ihrem erwarteten Einkommen für diesen Monat*

Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen zur sozialen Sicherung in diesem Monat an.*

 EUR

**Ihre soziale Sicherung beinhaltet u.a. Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.*

Monat 2 (z.B. 02/2021)

Bitte geben Sie den Einkommensausfall (brutto) infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat an

 EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls*

**Optional. Z.B. bei besonderen Arbeitszeiten oder saisonalen Abweichungen bei Ihrem erwarteten Einkommen für diesen Monat*

Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen zur sozialen Sicherung in diesem Monat an.*

 EUR

**Ihre soziale Sicherung beinhaltet u.a. Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.*

Monat 3 (z.B. 02/2021)

Bitte geben Sie den Einkommensausfall (brutto) infolge des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung in diesem Monat an

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls*

**Optional. Z.B. bei besonderen Arbeitszeiten oder saisonalen Abweichungen bei Ihrem erwarteten Einkommen für diesen Monat*

Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen zur sozialen Sicherung in diesem Monat an.*

**Ihre soziale Sicherung beinhaltet u.a. Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.*

Steuerliche Informationen

Steuerliche Identifikationsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Finanzamt zur Veranlagung (Name)

Sitz des Finanzamts (Ort, PLZ)

Steuernummer

Nachweise

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und beantrage die Erstattung der vorgenannten Beträge auf das angegebene Konto.

Ja
Nein

Ich füge folgende (für die Bearbeitung zwingend notwendige) Unterlagen bei:

- Steuerbescheid des Vorjahres*
**Falls Ihnen kein Steuerbescheid vorliegt, können Sie auch einen anderen Einkommensnachweis erbringen.*
- (Falls zutreffend) Nachweis der Bevollmächtigung, sollten Sie den Antrag in Vertretung für den Selbstständigen stellen (z.B. als Steuerberater)*
**Unterschriebener Nachweis, der Sie zur Antragstellung bevollmächtigt.*
- (Falls zutreffend) Nachweis über erhaltene Versicherungsleistungen (z.B. Schreiben der Versicherung, welches den Anspruch und, sofern Sie die Versicherungsleistungen bereits erhalten haben, die Zahlung bestätigt.)
- Nachweis über das Tätigkeitsverbot bzw. die Pflicht zur Absonderung (z. B. Absonderungsanordnung oder Bescheinigung über die Absonderungspflicht)

Weitere Nachweise, die bei der Bearbeitung helfen können:

- Bescheinigung des Einkommensausfalls im maßgeblichen Zeitraum*
**Wenn Ihnen Nachweise vorliegen, die die Höhe Ihres Einkommensausfalls im maßgeblichen Zeitraum nachweisen, stellen Sie diese bitte bereit.*
- (Falls zutreffend und vorhanden) Nachweis über die Schließung des Betriebs
- Sonstiges*
**Sonstige Nachweise oder Bescheinigungen, die bei der Bearbeitung Ihres Antrags helfen können. Dies sind z.B. weitere Nachweise über den Einkommensausfall. Diese Nachweise können bei der zügigen Bearbeitung des Antrags helfen und vermeiden Rückfragen*

Hiermit stimme ich zu, dass die Finanzbehörden meine steuerlichen Daten gegenüber der für die Prüfung meines Antrags auf Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz zuständigen Stelle offenbaren dürfen, soweit diese Daten für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Ja
Nein



Es wird darauf hingewiesen, dass auch ohne Zustimmung ein Abgleich Ihrer steuerlichen Daten bei den Finanzbehörden erfolgen kann, soweit die Daten für die Entscheidung über Bewilligung, Gewährung, Rückforderung, Erstattung, Weitergewährung oder Belassen der Entschädigungsleistung oder für die Geltendmachung eines Anspruchs auf Rückgewähr der Entschädigungsleistung erforderlich sind, § 31a Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b Doppelbuchst. bb und Nr. 2 der Abgabenordnung (AO). Das gilt auch für die durch Sie angegebenen steuerlichen Daten Dritter, die die Entschädigung beantragt, empfangen oder behalten haben und damit in eigener Person betroffen sind.

Datum

Ort

Unterschrift des Antragstellers
oder des Bevollmächtigten

Im Zuge dieses Entschädigungsverfahrens werden die von Ihnen telefonisch, schriftlich oder elektronisch übermittelten personenbezogenen Daten von der zuständigen Behörde gespeichert und verarbeitet. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union.

Die Datenschutzerklärung für dieses Entschädigungsverfahren nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) finden Sie unter: <https://ifsg-online.de/datenschutz.html>.