

## Erklärung zum Arbeitgeberantrag

### Angaben zur Arbeitnehmerin/zum Arbeitnehmers

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

### 1. Erklärung zur Schutzimpfung gegen COVID-19

**Hinweis**

Die Erklärung ist nur abzugeben, wenn die Absonderung als enge Kontaktperson nach der AV Isolation oder als Reiserückkehrer nach der Corona-Einreiseverordnung und frühestens am 1. Juli 2021 veranlasst wurde.

Waren Sie zum Zeitpunkt des die Absonderung auslösenden Ereignisses (*enger Kontakt zu einem bestätigten Fall von COVID-19 oder Einreise aus einem Risikogebiet*) vollständig gegen COVID-19 geimpft oder von einer PCR-bestätigten SARS-CoV-2-Infektion genesen?

Ja  Nein

**Hinweis**

Ein vollständiger Impfschutz liegt vor, wenn Sie in Besitz eines auf Sie ausgestellten Impfnachweises i.S.d. § 2 Nr. 3 SchAusnahmV sind. Genesene Personen mit einem Genesenennachweis i.S.d. § 2 Nr. 5 SchAusnahmV sind Personen mit vollständigem Impfschutz gleichgestellt.

Hatten Sie bis zum Zeitpunkt des die Absonderung auslösenden Ereignisses (*enger Kontakt zu einem bestätigten Fall von COVID-19 oder Einreise aus einem Risikogebiet*) die Möglichkeit, sich vollständig gegen COVID-19 impfen zu lassen?

Ja  Nein

War Ihnen die Inanspruchnahme einer Schutzimpfung im Zeitraum von bis zu acht Wochen vor der Absonderungsanordnung oder des Tätigkeitsverbots nicht zumutbar, weil Sie in diesem Zeitraum nicht von der öffentlichen Empfehlung für eine Schutzimpfung gegen COVID-19 erfasst waren oder sonstige medizinische Kontraindikation hinsichtlich der COVID-19-Schutzimpfung vorlagen?

Ja  Nein

**Hinweis**

Fällt der **Beginn der Absonderung oder des Tätigkeitsverbots in den Zeitraum ab dem 01.11.2021**, ist der **Nachweis durch ein ärztliches Attest erforderlich**, sofern Sie geltend machen möchten, dass für Sie im Zeitraum von bis zu acht Wochen vor der Absonderungsanordnung oder des Tätigkeitsverbots keine öffentliche Empfehlung für eine Schutzimpfung gegen COVID-19 vorlag und/oder sonstige medizinische Kontraindikation hinsichtlich der COVID-19-Schutzimpfung vorlagen.

Verfügen Sie über ein entsprechendes ärztliches Attest darüber, dass Ihnen die Inanspruchnahme einer Schutzimpfung im Zeitraum von bis zu acht Wochen vor der Absonderungsanordnung oder des Tätigkeitsverbots nicht zumutbar war, weil Sie in diesem Zeitraum nicht von der öffentlichen Empfehlung für eine Schutzimpfung gegen COVID-19 erfasst waren oder in diesem Zeitraum sonstige medizinische Kontraindikation hinsichtlich der COVID-19-Schutzimpfung vorlagen?

Ja  Nein

**Hinweis**

Wird das Vorliegen eines ärztlichen Attestes von Ihnen bestätigt, kann die zuständige Bezirksregierung im Rahmen der Prüfung der Antragsvoraussetzungen jederzeit von Ihnen die Vorlage des Attestes fordern.

## 2. Gegebenenfalls: Antrag gemäß § 58 IfSG auf anteilige Erstattung der erbrachten Vorsorgeaufwendungen für den Zeitraum meiner Quarantäne

### Hinweis

Gegebenenfalls bei privat und freiwillig versicherten Arbeitnehmern – NICHT auszufüllen, sofern eine gesetzliche Pflichtversicherung besteht.

Hiermit beantrage ich gemäß §58 IfSG die anteilige Erstattung meiner erbrachten Vorsorgeaufwendungen für den Zeitraum meiner Quarantäne

vom (Datum)	bis (Datum)
-------------	-------------

### Krankenversicherung

freiwillig gesetzlich versichert

privat versichert

Krankenkasse/Versicherung	Gesamtbeitrag für den Zeitraum der Geltendmachung	Anteil des Arbeitgebers für den Zeitraum der Geltendmachung
---------------------------	---	---

### Pflegeversicherung

gesetzlich versichert aufgrund freiwilliger gesetzlicher Krankenversicherung

privat versichert

Krankenkasse/Versicherung	Gesamtbeitrag für den Zeitraum der Geltendmachung	Anteil des Arbeitgebers für den Zeitraum der Geltendmachung
---------------------------	---	---

### Rentenversicherung/berufsständische Versorgung

Rentenversicherungsträger/Versicherung	Gesamtbeitrag für den Zeitraum der Geltendmachung	Anteil des Arbeitgebers für den Zeitraum der Geltendmachung
--	---	---

### Sonstiges

Versicherung	Gesamtbeitrag für den Zeitraum der Geltendmachung	Anteil des Arbeitgebers für den Zeitraum der Geltendmachung
--------------	---	---

Die vorstehenden Beiträge werden vom Arbeitgeber direkt an die jeweilige Stelle abgeführt.

Der Arbeitnehmer führt die Beiträge selbst an die jeweilige Stelle ab und erhält vom Arbeitgeber einen Zuschuss.

**Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise (in Kopie) bei.**

Hiermit beantrage ich die Erstattung der vorstehenden Aufwendungen zur sozialen Sicherung in angemessenem Umfang nach § 58 IfSG auf folgendes Konto:

### Bankverbindung

Kreditinstitut	Kontoinhaber
IBAN	BIC

Soweit der Arbeitgeber Beiträge direkt an die jeweilige Versicherung/den jeweiligen Leistungsträger abgeführt hat oder bereits an mich ausbezahlt hat, stimme ich der Auszahlung der Erstattung direkt an den Arbeitgeber zu.

### 3. Allgemeine Angaben

Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ich stimme zu, dass mir die Informationen, welche Daten an das zuständige Finanzamt/den Sozialversicherungsträger übermittelt werden, auf elektronischem Weg zugehen.

---

**Hinweis**

Sowohl hinsichtlich der geleisteten Verdienstausfallentschädigung als auch hinsichtlich der erstatteten Sozialversicherungsbeiträge sind die entschädigungspflichtigen Stellen verpflichtet, die geleisteten Zahlungen weiteren Behörden (*Finanzverwaltung, Sozialverwaltung*) zu melden. Im Rahmen dieser Meldepflicht werden Sie im Nachgang über die erfolgten Meldungen informiert.

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers