

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

F02 129805/ 480/00002
Datum: 27.02.2023
Seite: 1
DÜ am:

*** ACHTUNG: Die Daten wurden noch nicht an das RZ gesendet! ***

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: 15.06.2022 bis: 30.06.2022

☐ 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: 14.06.2022

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): 2.900,00

Art der Ausfallzeit: **Kalendertage** Ausfallzeit: 16,00

Arbeitszeit wöchentlich: 40,00

Arbeitszeit täglich: 8,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 1.546,67

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 0,00

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 65,00 Erstattungsbetrag: 1.005,34

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
15. bis 30.06.2022

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

Angaben zum Mitarbeiter

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

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **15.06.2022** bis: **30.06.2022**
Abrechnungsmonat: **06/2022**

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	16	16
Volle Arbeitstage	12	
Arbeitsstunden insgesamt	96,00	

Formeln zur Berechnung

Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
2000	Grundgeha		2.850,00	*16,00/30	1.520,00
2900	AG-Zusch.		30,00	*16,00/30	16,00
3100	AG-Anteil		20,00	*16,00/30	10,67
Gesamtbetrag pro Monat					1.546,67
* 65,00%					1.005,34
+ AG-Anteile zur SV					0,00
Erstattungsbetrag					1.005,34

Berater: 129805
Mandant: 480
Pers.-Nr.: 00002

Perm GmbH
Löhrstraße 45
56068 Koblenz

VKZ: F02 Datum: 27.02.2023
Seite: 1

Meldeverlauf Erstattung AAG für Müller, Sabine für Juni 2022

Monat	VKZ	Abgabegrund Grund der Meldung Grund der Abweichung Kennzeichen Feststellung	Aktenzeichen Krankenkasse Sozialversicherungsnummer	Betr.-Nr. AG Betr.-Nr. KK	Beginn Zeitraum Ende Zeitraum Abw. Beginn Zeitr. Abw. Ende Zeitr.	Beantragter Erstattungsbetrag AG Festgestellter Erstattungsbetrag KK	Storno
05	C01	Meldung durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse 01=Bei Arbeitsunfähigkeit	58020385W525	76472352 42938966	18.05.2022 20.05.2022	188,50	
06	F02	Meldung durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse 01=Bei Arbeitsunfähigkeit	58020385W525	76472352 42938966	15.06.2022 30.06.2022	1.005,34	

