

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

003 129805/ 480/00005  
Datum: 06.03.2023  
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: 29137937 EK KKH Kaufmännische Krankenkasse

Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin  
Beier, Jeanette

Sozialversicherungsnummer: 15050101B521

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

Beschäftigt seit dem: 01.08.2021

Erstattungszeitraum von: 16.01.2023 bis: 20.01.2023

☐ 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: 13.01.2023

Art des Entgelts: **Gehaltsempfänger** Entgelt (ohne BAV): 1.165,10

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

Arbeitszeit wöchentlich: 35,00

Arbeitszeit täglich: 7,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 194,18

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 4,17

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 70,00 Erstattungsbetrag: 138,85

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**  
**16. bis 20.01.2023**

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

**Angaben zum Mitarbeiter**

Name: **Beier**  
Vorname: **Jeanette**  
Versicherungsnummer: **15050101B521**

**Angaben zum Erstattungszeitraum**

von: **16.01.2023** bis: **20.01.2023**  
Abrechnungsmonat: **01/2023**

**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		950,00	*5,00/30	158,33
2900	AG-Zusch.		195,10	*5,00/30	32,52
3100	AG-Anteil		20,00	*5,00/30	3,33
4700	Betriebl.		25,00	*5,00/30*1/1	4,17
<b>Gesamtbetrag pro Monat</b>					<b>198,35</b>
<b>* 70,00%</b>					<b>138,85</b>
<b>+ AG-Anteile zur SV</b>					<b>0,00</b>
<b>Erstattungsbetrag</b>					<b>138,85</b>