

Absender

Landesdirektion Sachsen
Referat 21
Altchemnitzer Str. 41
09120 Chemnitz

Antrag auf Entschädigung nach § 56 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

- für Selbstständige -

1. Persönliche Angaben *

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

Beruf *

derzeitige Tätigkeit

Selbstständig seit *

Anzahl der Beschäftigten*

2. Tätigkeitsverbot *

Das Tätigkeitsverbot wurde angeordnet vom Gesundheitsamt:

Bezeichnung *

Tätigkeitsverbot seit *

Aufhebung des Verbots ab *

(Bitte Kopien der Bescheide über das Tätigkeitsverbot bzw. dessen Aufhebung beifügen)

3. Krankschreibung während des Tätigkeitsverbots *

War der Antragsteller während des Tätigkeitsverbotes krank geschrieben?

Ja Nein

Falls Ja

vom

bis

(Bitte Krankenschein als Kopie beifügen)

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

4. Krankenkasse *

Der Antragsteller ist krankenversichert bei:

Name der Krankenkasse

Anschrift:

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

5 . Weiterführung des Betriebes während des Tätigkeitsverbotes *

Wurde der Betrieb vom Antragsteller während des Tätigkeitsverbotes weitergeführt? *

Ja Nein

Falls Nein

Der Betrieb wurde aus folgendem Grund nicht weiter geführt:

Beschäftigen Sie während Ihres Tätigkeitsverbotes noch weitere Mitarbeiter?*

Ja Nein

Falls Ja

Anzahl der weiterbeschäftigten Mitarbeiter:

6. Versicherung

Besteht für den Betrieb eine Seuchenversicherung? *

Ja Nein

Falls Ja

Name der Versicherung

Anschrift:

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

Wurde eine Entschädigung gezahlt? *

Ja Nein

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

7. Angaben zum Finanzamt

Der Betrieb wird durch folgendes Finanzamt veranlagt:

Finanzamt*

Sitz des Finanzamtes*

Steuernummer*

Die letzte steuerliche Veranlagung erfolgte im Kalenderjahr

Bitte Kopie die letzten steuerlichen Veranlagung beifügen.

Falls kein Steuerbescheid vorliegt, bitte ein betriebswirtschaftliche Analyse vom Steuerberater beibringen.

8. Entschädigungsleistung

Eine Entschädigungsleistung wird in folgender Höhe geltend gemacht:

Betrag*

 EUR

Bitte Nachweise beifügen

Dieser Betrag muss durch eindeutige Nachweise entsprechend belegt sein. Ohne Nachweise kann das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz keine Leistung erbringen.

9. Bankverbindung für Erstattungszahlung

Die Überweisung der Entschädigung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name und Ort der Bank *

IBAN: *

Hinweise

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link www.ids.sachsen.de/datenschutz sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Es wird darauf hingewiesen, dass Sie mit Antragstellung gleichzeitig Ihr Einverständnis zur elektronischen Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten bis zum Abschluss der Antragsbearbeitung erteilen.

Hiermit wird versichert, dass die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht worden sind.

Ort *

Datum *

Unterschrift