

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

004 129805/ 480/00005
Datum: 09.02.2024
Seite: 1
DÜ am:

*** ACHTUNG: Die Daten wurden im Schulungsmodus verarbeitet! ***

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: 15050105B525

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

Beschäftigt seit dem: 01.08.2022

Erstattungszeitraum von: 15.01.2024 bis: 19.01.2024

☐ 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: 12.01.2024

Art des Entgelts: Gehaltsempfänger Entgelt (ohne BAV): 1.019,00

Art der Ausfallzeit: Kalendertage Ausfallzeit: 5,00

Arbeitszeit wöchentlich: 35,00

Arbeitszeit täglich: 7,00

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne EBZ, ohne Überstundenvergütung, ohne AG-Anteile): 169,83

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt: 0,00

Erstattungsfähige Arbeitgeberzuwendungen zur betrieblichen Altersvorsorge: 4,17

Fortgezahlte Arbeitgeberanteile (ohne Einmalzahlung): 0,00

Erstattungssatz in vom Hundert: 70,00 Erstattungsbetrag: 121,80

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 19.01.2024

Berechnungsschema zum Antrag auf Erstattung
für Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit - U1

Angaben zum Mitarbeiter

Name: **Beier**
Vorname: **Jeanette**
Versicherungsnummer: **15050105B525**

Angaben zum Erstattungszeitraum

von: **15.01.2024** bis: **19.01.2024**
Abrechnungsmonat: **01/2024**

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**

Fortzuzahlende Ausfallzeiten	pro Abrechnungsmonat	pro Zeitraum
Volle Kalendertage	5	5
Volle Arbeitstage	5	
Arbeitsstunden insgesamt	35,00	

Formeln zur Berechnung
Tagesformel: Vollmonatsbetrag * fortzuzahlende Kalendertage / 30 Tage

Lohnart	Bezeichnung	Teilmonatsbetrag	Vollmonatsbetrag	Ermittlung	Fortgezahltes Entgelt
2010	Ausbildun		950,00	*5,00/30	158,33
2900	AG-Zusch.		49,00	*5,00/30	8,17
3100	AG-Anteil		20,00	*5,00/30	3,33
4700	Betriebl.		25,00	*5,00/30*1/1	4,17
Gesamtbetrag pro Monat					174,00
* 70,00%					121,80
+ AG-Anteile zur SV					0,00
Erstattungsbetrag					121,80