

Name und Anschrift der zuständigen Behörde*

**Ihre zuständige Behörde sowie die dazugehörige Anschrift finden Sie mit Hilfe des Zuständigkeitsfinders auf der offiziellen Infoseite www.ifsg-online.de*

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus. Grundsätzlich sind alle Angaben Pflichtfelder. Ausnahmen sind entsprechend gekennzeichnet.

Antrag für Selbstständige

auf Ausgleich des Verdienstauffalls bei notwendiger Betreuung auf Grund behördlich angeordneter Schließung von Schulen oder Betreuungseinrichtungen für Kinder bzw. für Menschen mit einer Behinderung nach § 56 Abs. 1a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG).



Mit diesem Antrag können Sie die Entschädigung von Verdienstauffällen beantragen, die Sie erlitten haben, weil Sie mindestens ein Kind infolge einer behördlich angeordneten Schließung der Schule oder Betreuungseinrichtung für Kinder (z.B. Kita) bzw. für Menschen mit einer Behinderung selbst betreuen mussten. Bitte beachten Sie, dass Sie Anträge nur rückwirkend stellen können.

Ein Anspruch auf Entschädigung kann für längstens 10 Wochen, im Fall von alleinerziehenden Personen für längstens 20 Wochen, beantragt werden.

Unter anderem bestehen folgende Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Entschädigung:

- Eine behördlich angeordnete Schließung der Schule oder Betreuungseinrichtung für Kinder (z.B. Kita) bzw. für Menschen mit einer Behinderung
- Sorgebedürftigkeit des Kindes, z.B. weil das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde oder das Kind eine Behinderung hat bzw. sonderpädagogischer Förderbedarf besteht
- Keine Möglichkeit, eine anderweitig zumutbare Betreuung für das Kind sicherzustellen (z.B. durch einen zweiten Elternteil, sonstige Verwandte oder eine so genannte Notbetreuung in der Schule oder Betreuungseinrichtung für Kinder (z.B. Kita) bzw. für Menschen mit einer Behinderung)
- Das Ende der Schließung der Schule oder Betreuungseinrichtung muss zum Zeitpunkt der Antragstellung weniger als 12 Monate zurückliegen

Für die Beurteilung der Anspruchshöhe muss unter anderem ein Steuerbescheid des Vorjahres bereitgestellt werden.*

**Falls Ihnen noch kein Steuerbescheid vorliegt, können Sie auch einen anderen Einkommensnachweis erbringen.*

Antragsteller

Name Ihres Unternehmens

Handelsregisternummer*

Amtsgericht*

**Optionale Angaben*

Unternehmensanschrift: Straße, Hausnummer, Adresszusatz, PLZ, Ort*

Bankverbindung*

*Eine Zahlung ist nur an eine deutsche Bankverbindung möglich.

Name der Bank

BIC

IBAN

Kontaktperson für Rückfragen

Wird dieser Antrag in Vertretung der Person gestellt, für die der Anspruch geltend gemacht wird?*

Ja

*Z.B. als Steuerberater. Bitte fügen Sie den Nachweis einer entsprechenden Bevollmächtigung bei.

Nein

Herr

Frau

Divers

Name, Vorname

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

DE-Mail-Adresse*

*Optional. Mail-Angebot des BMI für sichere elektronische Kommunikation

Straße, Hausnummer, Adresszusatz, PLZ, Ort*

*Bescheide und sonstige Korrespondenz werden dann an diese Adresse geschickt.

Persönliche Angaben

Herr

Frau

Divers

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

DE-Mail-Adresse*

*Optional. Mail-Angebot des BMI für sichere elektronische Kommunikation

Betreuungserfordernis

Bitte geben Sie an, aus welcher Situation heraus sich das Betreuungserfordernis ergeben hat. Anspruchsberechtigt sind Eltern und Pflegeeltern.

Hat das betreute Kind das 12. Lebensjahr vollendet?

Ja

Nein

Hat das betreute Kind eine Behinderung und ist auf Hilfe angewiesen?*

Ja

*Das Vorliegen einer Behinderung und Hilfsbedürftigkeit ist glaubhaft zu machen. Eine Behinderung liegt vor, wenn das zu betreuende Kind einen Behindertenausweis besitzt und/oder sonderpädagogischer Förderbedarf in den Förderschwerpunkten Geistige Behinderung (GB), Körperliche Behinderung (KB), Kommunikation und Hören (KH) oder Blindheit (BL) vorliegt.

Nein

Ich bestätige, dass keine zumutbare Möglichkeit zur Inanspruchnahme einer so genannten Notbetreuung in der Schule oder Betreuungseinrichtung für Kinder (z.B. Kita) bzw. für Menschen mit einer Behinderung gegeben war.*
*z.B. wenn die Notbetreuung nur einige Stunden angeboten wird.

Ja
Nein

Ich bestätige, dass keine anderweitige, zumutbare Betreuung sichergestellt werden konnte.*
*Darunter fällt z.B. eine Betreuung durch einen zweiten Elternteil oder sonstige Verwandte.

Ja
Nein

Steuerliche Identifikationsnummer des Kindes, dessen Schule bzw. Betreuungseinrichtung infolge der behördlichen Anordnung geschlossen wurde*
*Sollten Sie mehrere Kinder haben, deren Schule oder Betreuungseinrichtung geschlossen wurde, ist die Angabe der steuerlichen Identifikationsnummer eines Kindes ausreichend.

Name, PLZ und Ort der Schule oder Betreuungseinrichtung für Kinder (z.B. Kita) bzw. für Menschen mit einer Behinderung, die infolge der behördlichen Anordnung geschlossen wurde*

*Die Zuordnung zum zuständigen Land erfolgt anhand dieser PLZ bzw. dieses Ortes.

Zeitraum der Anspruchsberechtigung

Sind Sie eine erwerbstätige Person, die ihr Kind allein beaufsichtigt, betreut oder pflegt (z.B. alleinerziehend)?

Ja
Nein

An wie vielen Tagen pro Woche hätten Sie zwischen Montag und Freitag gearbeitet, wenn Sie im Betreuungszeitraum Ihrer Arbeit regulär nachgegangen wären?

Betreuungstage



Anweisung: Bitte setzen Sie einen deutlichen Haken (✓) bei allen Tagen, für die Anspruch geltend gemacht wird.

Für Samstage und Sonntage kann kein Anspruch auf Entschädigung beantragt werden. Es kann kein Vorschuss auf Grund zukünftiger Betreuungstage beantragt werden.

Es kann **keine** Entschädigung für Tage gewährt werden, an denen

- Ferien in der Schule oder Betreuungseinrichtung für Kinder (z.B. Kita) bzw. für Menschen mit einer Behinderung waren
- es sich um einen gesetzlichen Feiertag handelt
- Ihr Betrieb aufgrund einer behördlichen Anordnung geschlossen war
- eine Arbeitsunfähigkeit bestand
- Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V in Anspruch genommen wurde

Anspruch auf Entschädigung besteht für längstens 10 Wochen, im Fall von alleinerziehenden Personen für längstens 20 Wochen. Die maximale Anzahl der Betreuungstage, für die Sie Anspruch geltend machen können, ergibt sich unter Einbezug der Anzahl der regulären Arbeitstage pro Woche (zwischen Montag und Freitag). Hierzu wird die Anzahl der regulären Arbeitstage pro Woche mit der Anzahl der Wochen, für die längstens Anspruch geltend gemacht werden kann, multipliziert. Für eine alleinerziehende Person mit einer Dreitagewoche ergeben sich so maximal $3 \times 20 = 60$ Betreuungstage, für die Anspruch auf Entschädigung geltend gemacht werden kann.

März																																						Mo 30	Di 31
April	Mi 1	Do 2	Fr 3	Sa 4	So 5	Mo 6	Di 7	Mi 8	Do 9	Fr 10	Sa 11	So 12	Mo 13	Di 14	Mi 15	Do 16	Fr 17	Sa 18	So 19	Mo 20	Di 21	Mi 22	Do 23	Fr 24	Sa 25	So 26	Mo 27	Di 28	Mi 29	Do 30									
Mai	Fr 1	Sa 2	So 3	Mo 4	Di 5	Mi 6	Do 7	Fr 8	Sa 9	So 10	Mo 11	Di 12	Mi 13	Do 14	Fr 15	Sa 16	So 17	Mo 18	Di 19	Mi 20	Do 21	Fr 22	Sa 23	So 24	Mo 25	Di 26	Mi 27	Do 28	Fr 29	Sa 30	So 31								
Juni	Mo 1	Di 2	Mi 3	Do 4	Fr 5	Sa 6	So 7	Mo 8	Di 9	Mi 10	Do 11	Fr 12	Sa 13	So 14	Mo 15	Di 16	Mi 17	Do 18	Fr 19	Sa 20	So 21	Mo 22	Di 23	Mi 24	Do 25	Fr 26	Sa 27	So 28	Mo 29	Di 30									
Juli	Mi 1	Do 2	Fr 3	Sa 4	So 5	Mo 6	Di 7	Mi 8	Do 9	Fr 10	Sa 11	So 12	Mo 13	Di 14	Mi 15	Do 16	Fr 17	Sa 18	So 19	Mo 20	Di 21	Mi 22	Do 23	Fr 24	Sa 25	So 26	Mo 27	Di 28	Mi 29	Do 30	Fr 31								
Aug.	Sa 1	So 2	Mo 3	Di 4	Mi 5	Do 6	Fr 7	Sa 8	So 9	Mo 10	Di 11	Mi 12	Do 13	Fr 14	Sa 15	So 16	Mo 17	Di 18	Mi 19	Do 20	Fr 21	Sa 22	So 23	Mo 24	Di 25	Mi 26	Do 27	Fr 28	Sa 29	So 30	Mo 31								
Sept.	Di 1	Mi 2	Do 3	Fr 4	Sa 5	So 6	Mo 7	Di 8	Mi 9	Do 10	Fr 11	Sa 12	So 13	Mo 14	Di 15	Mi 16	Do 17	Fr 18	Sa 19	So 20	Mo 21	Di 22	Mi 23	Do 24	Fr 25	Sa 26	So 27	Mo 28	Di 29	Mi 30									
Okt.	Do 1	Fr 2	Sa 3	So 4	Mo 5	Di 6	Mi 7	Do 8	Fr 9	Sa 10	So 11	Mo 12	Di 13	Mi 14	Do 15	Fr 16	Sa 17	So 18	Mo 19	Di 20	Mi 21	Do 22	Fr 23	Sa 24	So 25	Mo 26	Di 27	Mi 28	Do 29	Fr 30	Sa 31								
Nov.	So 1	Mo 2	Di 3	Mi 4	Do 5	Fr 6	Sa 7	So 8	Mo 9	Di 10	Mi 11	Do 12	Fr 13	Sa 14	So 15	Mo 16	Di 17	Mi 18	Do 19	Fr 20	Sa 21	So 22	Mo 23	Di 24	Mi 25	Do 26	Fr 27	Sa 28	So 29	Mo 30									
Dez.	Di 1	Mi 2	Do 3	Fr 4	Sa 5	So 6	Mo 7	Di 8	Mi 9	Do 10	Fr 11	Sa 12	So 13	Mo 14	Di 15	Mi 16	Do 17	Fr 18	Sa 19	So 20	Mo 21	Di 22	Mi 23	Do 24	Fr 25	Sa 26	So 27	Mo 28	Di 29	Mi 30	Do 31								

Bundesweite gesetzliche Feiertage. Weitere gesetzliche Feiertage können je nach Land existieren.

Sonstige Erläuterungen*
 *Z.B. Darstellung
 besonderer Arbeitszeiten

Ich bestätige, dass an keinem der angegebenen Tage oder Zeiträume

- Ferien in der Schule oder Betreuungseinrichtung für Kinder (z.B. Kita) bzw. für Menschen mit einer Behinderung waren Ja
- ein gesetzlicher Feiertag war. Nein

Ich bestätige, dass der Betrieb, in dem ich als Selbstständiger tätig bin,
 an keinem der angegebenen Tage oder Zeiträume geschlossen war. Ja

Nein

Ich bestätige, dass an keinem der angegebenen Tage oder Zeiträume

- eine Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung) bestand Ja
- Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V erhalten wurde. Nein

Entschädigung

Einkommensinformationen

Falls die Betreuungstage in verschiedene Kalendermonate fallen, müssen die nachfolgenden Angaben pro Kalendermonat gemacht werden.

Monat 1, Name des Monats

Bitte geben Sie den Einkommensausfall (brutto) für den Monat infolge der Kinderbetreuung an.

EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls*

**Optional. Z.B. bei besonderen Arbeitszeiten oder saisonalen Abweichungen bei Ihrem erwarteten Einkommen für diesen Monat.*

Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen zur sozialen Sicherung in diesem Monat an.*

EUR

**Soziale Sicherung beinhaltet u.a. Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.*

Monat 2, Name des Monats

Bitte geben Sie den Einkommensausfall (brutto) für den Monat infolge der Kinderbetreuung an.

EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls*

**Optional. Z.B. bei besonderen Arbeitszeiten oder saisonalen Abweichungen bei Ihrem erwarteten Einkommen für diesen Monat.*

Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen zur sozialen Sicherung in diesem Monat an.*

EUR

**Soziale Sicherung beinhaltet u.a. Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.*

Monat 3, Name des Monats

Bitte geben Sie den Einkommensausfall (brutto) für den Monat infolge der Kinderbetreuung an.

EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls*

**Optional. Z.B. bei besonderen Arbeitszeiten oder saisonalen Abweichungen bei Ihrem erwarteten Einkommen für diesen Monat.*

Bitte geben Sie Ihre Aufwendungen zur sozialen Sicherung in diesem Monat an.*

EUR

**Soziale Sicherung beinhaltet u.a. Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung.*

Bestätigung

Ich bestätige, nicht böswillig unterlassen zu haben, Ersatztätigkeiten zur Einkommenserzielung wahrzunehmen.

Ja

Nein

Steuerliche Informationen

Steuerliche Identifikationsnummer

Finanzamt zur Veranlagung (Name)

Sitz des Finanzamts (Ort, PLZ)

Steuernummer

Nachweise

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und beantrage die Erstattung der vorgenannten Beträge auf das angegebene Konto.

Ja

Nein

Ich füge folgende (für die Bearbeitung zwingend notwendige) Unterlagen bei:

Steuerbescheid des Vorjahres*

**Falls Ihnen kein Steuerbescheid vorliegt, können Sie auch einen anderen Einkommensnachweis erbringen.*

(Falls zutreffend) Nachweis der Bevollmächtigung, sollten Sie den Antrag in Vertretung für den Selbstständigen stellen (z.B. als Steuerberater)

Weitere Nachweise, die bei der Bearbeitung des Antrags helfen können:*

**Optional*

- Bescheinigung des Verdienstaustauschs im maßgeblichen Zeitraum (sofern vorhanden)*
**D.h. für jeden Monat mit Betreuungstagen*
- Negativbescheinigung der Schule oder Betreuungseinrichtung für Kinder (z.B. Kita) bzw. für Menschen mit einer Behinderung (d.h. Bescheinigung der Schließung der Schule oder Betreuungseinrichtung für Kinder (z.B. Kita) bzw. für Menschen mit einer Behinderung für den maßgeblichen Zeitraum)*
**Für folgende Bundesländer ist dieser Nachweis eine Pflichtangabe: Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz*
- Sonstiges (z.B. Nachweise zur Betreuungsbedürftigkeit des Kindes)

Hiermit stimme ich zu, dass die Finanzbehörden meine steuerlichen Daten gegenüber der für die Prüfung meines Antrags auf Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz zuständigen Stelle offenbaren dürfen, soweit diese Daten für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Ja

Nein



Es wird darauf hingewiesen, dass auch ohne Zustimmung ein Abgleich Ihrer steuerlichen Daten bei den Finanzbehörden erfolgen kann, soweit die Daten für die Entscheidung über Bewilligung, Gewährung, Rückforderung, Erstattung, Weitergewährung oder Belassen der Entschädigungsleistung oder für die Geltendmachung eines Anspruchs auf Rückgewähr der Entschädigungsleistung erforderlich sind, § 31a Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b Doppelbuchst. bb und Nr. 2 der Abgabenordnung (AO). Das gilt auch für die durch Sie angegebenen steuerlichen Daten Dritter, die die Entschädigung beantragt, empfangen oder behalten haben und damit in eigener Person betroffen sind.

Datum

Ort

.....
Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten