

Kostenersatzungsformular
 (bis spätestens 4 Wochen nach erfolgter Freistellung einreichen)
Antragsteller (Arbeitgeber)

Bezeichnung :			
Strasse :		PLZ/Ort :	
Telefon :		Telefax :	Kreis :
Kreditinstitut :		Ort :	
Name :		BLZ :	
Konto-Nr. :			

Landesjugendamt Mecklenburg-Vorpommern

- Behördenzentrum -

Postfach 2108

17011 Neubrandenburg

1. Bestätigung des Trägers

Frau / Herr _____

hat in der Zeit vom _____ bis _____

an der Maßnahme mit der Kurzbezeichnung _____

teilgenommen und durch den Träger keine / folgende

DM vergütungsgleiche Leistungen erhalten.

Name und Anschrift des Maßnahmeträgers _____

Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers Ort / Datum _____

2. Bestätigung des Arbeitnehmers

Durch meinen Arbeitgeber erfolgte für die Zeit der Freistellung vom _____ bis _____ die Fortzahlung des Netto-Arbeitsentgeltes entsprechend den arbeitsvertraglich/tariflich vereinbarten Leistungen.

Unterschrift des ehrenamtlich Tätigen Ort / Datum _____

3. Antrag des Arbeitgebers ¹⁾

Ich bitte um Erstattung des gezahlten Arbeitsentgeltes (einschließlich Arbeitgeberanteil) entsprechend meinem Antrag vom _____ in Höhe von _____ DM.

Ich bitte um Erstattung des gezahlten Arbeitsentgeltes (einschließlich Arbeitgeberanteil) entsprechend der tatsächlich gewährten Freistellung vom _____ bis _____ in Höhe von _____ DM.

Rechtsverbindliche Unterschrift des Arbeitgebers Ort / Datum _____