

# Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern

Abt. 2, Dezernat 201: Zuwendungen ESF/Zuwendungen Soziales  
Friedrich-Engels-Str. 47, 19061 Schwerin, Telefon: 0385 3991 527, Telefax: 0385-3991 540

## Antrag auf Erstattung

gemäß § 13 des Bildungsfreistellungsgesetzes (BfG M-V) in Verbindung mit § 12 der Durchführungsverordnung zum Bildungsfreistellungsgesetz (BfG M-V DVO)

*Der Antrag muss innerhalb von 4 Wochen nach Beendigung der Bildungsfreistellung beim Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V in Schwerin eingereicht werden!*

### Name, Anschrift, Rechtsform des Antragstellers / der Antragstellerin (Arbeitgeber)

Name/Fa.: _____	Ansprechpartner/-partnerin
Anschrift: _____ _____	Herr/Frau: _____
Rechtsform: _____	Telefon: _____
Befindet sich Ihr Unternehmen/Verein unmittelbar oder mittelbar ganz oder überwiegend in öffentlicher Hand? ja    nein	
Finanziert sich Ihr Unternehmen/Verein <u>überwiegend</u> aus öffentlichen Mitteln? ja    nein	

### Bankverbindung

Bankinstitut:

Bankleitzahl:

Konto-Nummer:

Ist bereits früher vom Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V gemäß § 13 BfG M-V in Verbindung mit den §§ 10-12 BfG M-V DVO erstattet bzw. eine Erstattung durch Vorbescheid in Aussicht gestellt worden?

**Nein.**

**Ja,** Erstattungs-Kennziffer: \_\_\_\_\_ / Datum des Erstattungs- bzw. Vorbescheides: \_\_\_\_\_

### Angaben zum / zur freigestellten Beschäftigten

Vorname: \_\_\_\_\_

Der/Die Beschäftigte ist seit dem \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Zuname: \_\_\_\_\_

beim antragstellenden Arbeitgeber beschäftigt.

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Schwerpunkt des  
Beschäftigungsverhältnisses:**

in Mecklenburg-Vorpommern

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

nicht in Mecklenburg-Vorpommern

Der/Die Beschäftigte wurde zur Teilnahme an der Veranstaltung

des/der \_\_\_\_\_

anerkannt durch Bescheid des Ministeriums für Arbeit, Bau und Landesentwicklung M-V  
(seit dem 01.01.2006: Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V)

Anerkennungs-Kennziffer \_\_\_\_\_ - vom \_\_\_\_\_

an folgenden Arbeitstagen \_\_\_\_\_

insgesamt:

Arbeitstagen gemäß § 3 Abs. 1 BfG M-V **unter Fortzahlung  
des vollen Arbeitsentgelts** freigestellt.

Bitte legen Sie eine Kopie der Teilnahmebestätigung und der Freistellung bei.

Wird das Arbeitsentgelt des/der Beschäftigten für die Maßnahme von **anderer** Stelle ganz oder teilweise ersetzt?

**Nein**

**Ja.**

Das Arbeitsentgelt wird **in vollem Umfang / teilweise in Höhe**

**von €** \_\_\_\_\_ durch folgende Stelle ersetzt:

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dem/Der Beschäftigten wurde auf die Erstattungsanfrage mit Bescheid

**vom:** \_\_\_\_\_ **Az:** \_\_\_\_\_

eine Erstattung des fortzuzahlenden Arbeitsentgeltes nebst Arbeitgeberanteilen zugesichert. **Ja /Nein**

(Bitte fügen Sie eine Kopie des Bescheides bei)

Der Antragsteller/Die Antragstellerin beantragt hiermit die Erstattung des während der Bildungsfreistellung fortzuzahlenden Arbeitsentgelts nach § 13 BfG M-V und versichert, daß alle Angaben richtig und vollständig sind.

Er/Sie verpflichtet sich, alle nach der Antragstellung etwa eintretenden Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

Anlage: Kopie der Teilnahmebestätigung

Kopie der Freistellung

Kopie der Lohnbescheinigung für den Zeitraum der Bildungsfreistellung