

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](http://www.ifsg-online.de)

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

## Antrag für Selbstständige

**auf Entschädigung des Verdienstauffalls auf Grund behördlich angeordneter Quarantäne (Absonderung) oder Tätigkeitsverbot nach § 56 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)**



Mit diesem Antrag können Sie die Entschädigung von Verdienstauffällen beantragen, die Sie erlitten haben, weil Sie auf Grund behördlicher Anordnung abgesondert wurden oder Ihre Tätigkeit nicht mehr ausüben durften. Bitte beachten Sie, dass Sie Anträge nur rückwirkend stellen können.

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

- Eine behördlich angeordnete Absonderung (Quarantäne) nach § 30 IfSG oder ein Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG
- Keine Möglichkeit, den Verdienstauffall durch eine andere zumutbare Tätigkeit auszugleichen
- Der Beginn des Tätigkeitsverbotes oder das Ende der Absonderung müssen zum Zeitpunkt der Antragstellung weniger als 3 Monate zurückliegen
- Keine Erkrankung oder Arbeitsunfähigkeit

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.*

**Haben Sie bereits einen Antrag auf Erstattung nach § 56 Abs. 1 IfSG gestellt?**

Ja

Nein

### Antragsteller

Name Ihres Unternehmens

Handelsregisternummer\*

Amtsgericht\*

*\*Optional*

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

*\*Bescheide und sonstige Korrespondenzen werden an diese Adresse geschickt.*

**Bankverbindung\***

*\*Eine Zahlung ist nur an eine deutsche Bankverbindung möglich.*

Name der Bank

BIC

IBAN

**Kontaktperson für Rückfragen**

Wird der 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

Falls ja, bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben:

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*

**Tätigkeitsverbot bzw. Absonderung****Behördliche Anordnung**

Bitte geben Sie an, was für eine Art der behördlichen Anordnung besteht.\*

Tätigkeitsverbot

Absonderung

*\*Es besteht nur Anspruch auf eine Entschädigungszahlung, wenn ein behördliches*

*Tätigkeitsverbot oder eine Anordnung zur Absonderung besteht.*

Von welcher Behörde (Name) wurde das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung angeordnet?

PLZ und Ort der Behörde

Wurde das Tätigkeitsverbot bzw. die Absonderung mündlich angeordnet?\* Ja  
\*Falls ja, bitte beantragen Sie sofern möglich zusätzlich eine schriftliche Bestätigung. Nein

Startdatum des Tätigkeitsverbots  
bzw. der Absonderung Enddatum des Tätigkeitsverbots  
bzw. der Absonderung\*  
\*Optional, falls bereits bekannt



**Hinweis:**

Es kann kein Anspruch auf Entschädigung für einen zukünftigen Verdienstausschlag geltend gemacht werden. Für den Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung, der in der Zukunft liegt, muss ein weiterer Antrag gestellt werden. Außerdem kann ein Anspruch auf Entschädigung mit diesem Antrag für höchstens 6 Wochen geltend gemacht werden (pro Tätigkeitsverbot bzw. Absonderung).

**Bestätigung**

Ich bestätige, dass ich während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung keine Möglichkeit hatte, meine Arbeit zur Gänze von zu Hause auszuüben. Ja  
Nein

**Betriebsschließung**

War der gesamte Betrieb infolge einer behördlichen Schließung (z.B. nach § 28 IfSG) im Zeitraum des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung geschlossen? Ja  
Nein

Falls ja, bitte geben Sie den Zeitraum an:

Startdatum Enddatum

**Persönliche Umstände**

Waren Sie während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung arbeitsunfähig krank? Ja  
Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an. Nein

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 1 Enddatum Arbeitsunfähigkeit 1\*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 2 Enddatum Arbeitsunfähigkeit 2\*

Startdatum Arbeitsunfähigkeit 3 Enddatum Arbeitsunfähigkeit 3\*

\*Waren Sie nur an einem einzelnen Tag arbeitsunfähig krank, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.

Waren Sie während des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung arbeitsbefreit nach § 45 SGB V aufgrund eines kranken Kindes? Ja  
Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum an.

Startdatum Arbeitsbefreiung 1 Enddatum Arbeitsbefreiung 1\*

Startdatum Arbeitsbefreiung 2 Enddatum Arbeitsbefreiung 2\*

Startdatum Arbeitsbefreiung 3 Enddatum Arbeitsbefreiung 3\*

\*Waren Sie nur an einem einzelnen Tag arbeitsbefreit, tragen Sie dasselbe Datum bei Startdatum und Enddatum ein.

**Entschädigung**



Falls die Tage des Tätigkeitsverbotes bzw. der Absonderung 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 des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung an EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls\*

\*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

*\*Ihre 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 des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung an EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls\*

\*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

*\*Ihre 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 des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung an EUR

Bitte erläutern Sie die Höhe des Einkommensausfalls\*

\*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

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

### **Sonstiges**

Ich bestätige, dass ich keine Ersatztätigkeiten zur Einkommenserzielung böswillig unterlassen habe. Ja

Nein

Haben Sie eine Versicherung, die den individuellen Verdienstaufschlag im Falle eines Tätigkeitsverbots bzw. einer Absonderung abdeckt? Ja

*\*Z.B. eine Seuchenversicherung* Nein

Falls Sie bereits Versicherungsleistungen erhalten haben, geben Sie bitte die Höhe an.\* EUR

*\*Bitte stellen Sie dann einen Nachweis über die erhaltenen Versicherungsleistungen bereit.*

### **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.**

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)\*

*\*Unterschriebener Nachweis, der Sie zur Antragstellung bevollmächtigt.*

(Falls zutreffend) Nachweis über erhaltene Versicherungsleistungen (z.B. Schreiben der Versicherung)

### Weitere Nachweise, die bei der Bearbeitung helfen können:

- Nachweis über die Anordnung des Tätigkeitsverbots bzw. der Absonderung\*  
*\*Wenn Ihnen die Anordnung bisher nur mündlich vorliegt, fordern Sie diese bitte schriftlich von der verantwortlichen Behörde an.*
- Bescheinigung des Einkommensausfalls im maßgeblichen Zeitraum\*  
*\*Wenn Ihnen Nachweise vorliegen, die die Höhe Ihres Einkommensausfalls im maßgeblichen Zeitraum nachweisen, stellen Sie diese bitte bereit.*
- (Falls zutreffend und vorhanden) Nachweis über die behördliche Anordnung zur Schließung des Betriebs (z.B. nach § 28 IfSG)
- Sonstiges\*  
*Sonstige Nachweise oder Bescheinigungen, die bei der Bearbeitung Ihres Antrags helfen können. Dies sind z.B. weitere Nachweise über den Einkommensausfall. Diese Nachweise können bei der zügigen Bearbeitung des Antrags helfen und vermeiden Rückfragen.*

Datum

Ort

.....  
Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten