

Fragebogen zum Aufwendungsausgleichsgesetz
Krankheit/Mutterschaft (U1/U2)

Firma:

Name des Mitarbeiters:

Personalnummer:

.....

.....

KRANKHEIT

Fehlzeitenart mit Zeitraum:

- Krankheit (mit Entgeltfortzahlung) vom: bis:
- Krankheit Betriebsunfall (mit Entgeltfortzahlung) vom: bis:
- Krankheit am Feiertrag (mit Entgeltfortzahlung) vom: bis:
- Reha/Kur (mit Entgeltfortzahlung) vom: bis:
- Sonstiges: vom: bis:

Welcher Tag war der letzte Arbeitstag (Datum) **vor** der Erkrankung?

Lag eine Schädigung durch Dritte vor? ja nein

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet? ja nein

MUTTERSCHAFT

Wahrscheinlicher Tag der Entbindung am: (Nachweis muss nachgereicht werden)

Tatsächlicher Tag der Entbindung am:

Mehrlingsgeburt? ja nein Frühgeburt? ja nein

Lag in den letzten drei Monaten vor Beginn der Schutzfrist eine Nebenbeschäftigung vor?

ja nein

(Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zu Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt)

Liegt ein Beschäftigungsverbot vor? nein ja, von: bis:

Falls ja, Art des Beschäftigungsverbots? (Nachweis muss nachgereicht werden)

.....
Datum

.....
Unterschrift des Arbeitgebers