

## Antrag

auf Erstattung von Verdienstausfall nach § 2 der Landesverordnung über die Freistellung für ehrenamtliche Mitarbeit in der Jugendarbeit (Freistellungsverordnung - FreiStVO) vom vom 16. Dezember 2009 (GVObI. Schl.-H. 2010 S. 9 )

Ich beantrage die Erstattung des mir lt. anliegender Bescheinigung entstehenden **Verdienstausfalles in Höhe von**

### Angaben zur Person der/des Antragstellerin/Antragstellers:

Vorname:

Nachname:

Wohnort:

PLZ:

Straße:

Tel.:

(d)

(p)

### Arbeitgeber <sup>1)</sup>:

Ort:

PLZ:

Straße:

Tel.:

<sup>1)</sup> Konto siehe Verdienstausfallbescheinigung

Ich bin Inhaberin/Inhaber einer Card für Jugendleiterinnen oder Jugendleiter

Card-Nr.:

ausgestellt am :

für Träger/Verein:

### Erstattungsgrund <sup>2)</sup>:

Grundausbildung zur Erlangung der Card für ehrenamtliche Jugendleiterinnen oder Jugendleiter (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FreistVO).

vom:

bis:

Fortbildung zur Fortschreibung der Gültigkeit der Card für Jugendleiterinnen oder Jugendleiter (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 FreistVO).

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Veranstaltung der Jugendarbeit, die aus öffentlichen Mitteln gefördert wird oder vom örtlichen bzw. überörtlichen Träger für förderungswürdig erklärt worden ist. (§ 1 Abs. Nrn. 1 und 2 FreistVO).

Vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Ich besitze keine Card für Jugendleiterinnen oder Jugendleiter und nehme aufgrund einer besonderen Qualifikation teil, die für die organisatorische Durchführung an der genannten Veranstaltung der Jugendarbeit unverzichtbar ist (§ 1 Abs. 2 Satz 2 FreistVO).

2) Bitte Bescheinigung des Trägers über die erfolgte Teilnahme nach Beendigung der Maßnahme vorlegen

**Träger der Veranstaltung:**

Name:

Ort:

PLZ:

Straße:

Tel.:

Die Angaben zur Jugendleiter-Card und zum angeführten Erstattungsgrund werden bestätigt.

Datum

Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und bestätige, daß mir von einer anderen Stelle kein Verdienstaussfall erstattet wurde oder wird und bitte, den

**Erstattungsbetrag in Höhe von**

auf das Konto meines Arbeitgebers zu überweisen (s. Verdienstaussfallbescheinigung)

Erstattung auf mein Konto, da Zahlung an Arbeitgeber nicht möglich ist:

Konto:

BLZ:

Bank:

Datum

Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hiermit stimme ich der Weiterverarbeitung der erhobenen personenbezogenen Daten nur zur Abwicklung der Erstattung von Verdienstaussfall zu. Diese Zustimmung umfasst auch die Übermittlung der Daten an das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein zur Ausübung von Kontrollbefugnissen sowie zur Rechnungsprüfung.

Datum

Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift