

Formular Fehlzeiten

FKN: Pers.Nr: Mitarbeitername: _____

Erstattung im Krankheitsfall / Lohnfortzahlung

Krank ab: _____ bis: _____
Krankheitsursache: Normale Krankheit
 Schädigung durch Dritte
 Arbeitsunfall / Berufskrankheit

Erstattung Mutterschaftsgeld

Erstattung von: _____ bis: _____
Voraussichtlicher Geburtstermin: _____
Mutterschutz von: _____ bis: _____
Durchschnittlicher Bruttoverdienst der letzten 3 Abrechnungsmonate: _____
Durchschnittlicher Nettoverdienst der letzten 3 Abrechnungsmonate: _____
Täglicher Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld: _____

Erstattung Beschäftigungsverbot

Erstattung von: _____ bis: _____
Art des Beschäftigungsverbots: Generelles Verbot
 Individuelles Verbot

Weitere Fehlzeiten

Fehlzeit von: _____ bis: _____
 Kinderpflege mit Krankengeld
 Kinderpflege ohne Krankengeld
 Pflegezeit
 Unbezahlter Urlaub
 Unentschuldigtes Fehlen
 Sonstige Fehlzeit: _____

Bitte vollständig ausfüllen und mit der monatlichen Abrechnungsliste bei a.b.s. einreichen.