

Antrag
auf Erstattung von Verdienstausfall nach § 2 der Landesverordnung zur Änderung der
Freistellungsverordnung - FreiStVO
Freistellung für ehrenamtliche Mitarbeit in der Jugendarbeit
vom 31. Oktober 2014 (GVOBl. Schl.-H. 2014 S. 336)

Kreis Schleswig-Flensburg
Fachdienst Jugend und Familie
Soziale Dienste Süd
Kinder- und Jugendförderung
Am Lornsenpark 31
24837 Schleswig

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 ¹⁾:

Ort: _____ PLZ: _____

Straße: _____ Tel.: _____

¹⁾ Konto siehe Verdienstausfallbescheinigung

Ich bin Inhaberin/Inhaber einer Card für Jugendleiterinnen oder Jugendleiter

Card-Nr.: _____ ausgestellt am _____

für Träger/Verein: _____

Erstattungsgrund ²⁾:

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 Verdienstausfall erstattet wurde oder wird und bitte, den

Erstattungsbetrag in Höhe von _____ €

- auf das Konto meines Arbeitgebers zu überweisen (s. Verdienstausfallbescheinigung)

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

IBAN: _____ BIC: _____

Bank: _____

Datum Ort

Unterschrift

Hiermit stimme ich der Weiterverarbeitung der erhobenen personenbezogenen Daten nur zur Abwicklung der Erstattung von Verdienstausfall 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