

## Haushaltscheckverfahren Antrag auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz für Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft – U2

(Bitte den Antrag in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Angaben zum Arbeitgeber

Betriebsnummer

Name

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Ansprechpartner/in

Telefon

Telefax

E-Mail

Angaben zur Arbeitnehmerin

Name

Rentenversicherungsnummer (falls nicht bekannt Geburtsdatum)

Vorname

**Bitte immer ausfüllen!**

Erstattungszeitraum vom

bis

**Antrag auf Erstattung des Arbeitgeberzuschusses zum Mutterschaftsgeld** (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

Höhe des monatlichen Bruttoentgelts

,

Höhe des monatlichen Nettoentgelts

,

Voraussichtlicher Entbindungstermin

Eine anderweitige Beschäftigung liegt vor Nettobetrag

,

Summe U2

,

**Antrag auf Erstattung der Arbeitgeberaufwendungen bei Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz**

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt

,

Beitragsanteil des Arbeitgebers (gegebenenfalls pauschaliert)

,

Summe = Erstattungsbetrag U2

,

Das Entgelt ist nach den Bestimmungen des MuSchG gezahlt. Die Erstattung erfolgt seitens der Krankenkasse unter dem Vorbehalt der späteren Prüfung. Zu Unrecht erstattete Beträge werden zurückgezahlt. Die Angaben sind richtig, vollständig und stimmen mit den Entgeltunterlagen überein. Umlagebeträge werden abgeführt. Die umseitigen Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Der Erstattungsbetrag

soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden.

Name des Geldinstituts

Kontoinhaber

IBAN

Bankleitzahl

Kontonummer

BIC

Verwendungszweck

Datum / Unterschrift

**Bitte beantworten Sie die umseitigen Fragen so ausführlich wie möglich und geben Sie auf Ihrem Antrag Ihre Telefonnummer an, damit wir Sie bei Rückfragen erreichen können. Bei fehlender Unterschrift ist eine Bearbeitung nicht möglich.**

### **Wichtige Hinweise für den Arbeitgeber!**

1. Bei Erstattungsanträgen für den Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld kann als Nachweis die Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstag oder ggf. die Geburtsurkunde des Kindes dienen.
2. Bei Beschäftigungsverboten ist ein Nachweis beizufügen (ärztliches Zeugnis bzw. Meldung an die zuständige Aufsichtsbehörde).
3. Erstreckt sich der Erstattungszeitraum über das Ende eines Kalenderjahres, so sind zwei Anträge – getrennt nach Kalenderjahren – einzureichen.
4. Es sind nur abgerechnete und zurückliegende Kalendermonate zu beantragen.

### **Erläuterungen**

#### **Kreis der anspruchsberechtigten Arbeitgeber**

Anspruchsberechtigt sind alle Arbeitgeber.

#### **Grundsatz der Arbeitgeberversicherung**

Ein Erstattungsanspruch besteht für alle Arbeitnehmerinnen, die in einem Privathaushalt beschäftigt sind und im Haushaltsscheckverfahren gemeldet werden.

Für geringfügig Beschäftigte im Privathaushalt ist immer die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung für den Ausgleich bei Arbeitgeberaufwendungen zuständig.

#### **Erstattung des Arbeitgeberzuschusses zum Mutterschaftsgeld (Erstattungsanspruch nach § 1 Abs. 2 Nr. 1 Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG))**

Erstattet wird nach Prüfung der Voraussetzungen der vom Arbeitgeber nach § 14 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG) gezahlte Zuschuss zum Mutterschaftsgeld.

#### **Erstattung der Arbeitgeberaufwendungen bei Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz (Erstattungsanspruch nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 AAG)**

Erstattet wird das vom Arbeitgeber an seine Arbeitnehmerin aufgrund eines ausgesprochenen Beschäftigungsverbots (§ 3 oder § 4 MuSchG) gezahlte Bruttoarbeitsentgelt (vor Abzug eventuell vom Arbeitnehmer selbst aufgestockter Beiträge zur Rentenversicherung oder selbst zu zahlender Steuern) nach § 11 MuSchG. Es besteht kein Erstattungsanspruch, wenn andere Gründe für sich allein oder neben dem Beschäftigungsverbot für das Aussetzen mit der Arbeit maßgebend sind. Das ist beispielsweise der Fall, wenn die schwangere Arbeitnehmerin wegen Krankheit arbeitsunfähig ist.

#### **Verwendungszweck**

Hier besteht die Möglichkeit des Arbeitgebers einen Ordnungsbegriff einzutragen, unter dem die Zahlung erfolgen soll.

#### **Datenschutzhinweis**

Bitte geben Sie die geforderten Angaben vollständig an. Diese werden erhoben, damit wir unseren gesetzlichen Aufgaben nachkommen können (vgl. § 67a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i.V.m. § 1 AAG. Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus § 98 SGB X i.V.m. § 3 Abs. 2 AAG). Bitte berücksichtigen Sie dabei auch die obenstehenden Erläuterungen. Sie beschleunigen damit die Bearbeitung Ihres Antrages.

**Falls Sie noch Fragen haben rufen Sie uns unter der Servicenummer 0234 304-43990 an.**