AUGENOPTIKER AUSGLEICHSKASSE

Augenoptiker Ausgleichskasse VVaG
Postfach 10 25 44

44025 Dortmund

Sachlich und rechnerisch richtig.
Sachbearbeiterin:

...../.....
Unterschrift

Antrag auf Erstattung der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft U 2

Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Mitglied der Krankenkasse:

nicht krankenversichert ☐

Berechnung des Arbeitgeberzuschusses zum Mutterschaftsgeld während der Schutzfrist

Schutzfrist vom _____ bis _____ kalendertäglich: _____ €

Arbeitgeberzuschuß zum Mutterschaftsgeld während der Schutzfrist: _____ €

1. Alle Angaben sind richtig und vollständig. Es ist bekannt, daß bei unrichtigen Angaben Ersatzpflicht besteht.
2. Wir bitten um Beifügung der **Bescheinigung** über die Zahlung des Mutterschaftsgeldes während der Schutzfrist (wird von der zuständigen Krankenkasse erstellt).
3. Wir bitten um Beifügung der **Berechnung** des Arbeitgeberzuschußes (Netto-Ausgleich) zum Mutterschaftsgeld während der Schutzfrist.

Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Name des Geldinstitutes:	
Bankleitzahl:	Konto-Nr:

Vom Arbeitsamt vergebene
Betriebs-Nr. des Arbeitgebers:

_____
Name des Betriebes

_____
Datum

_____
Unterschrift