

**Antrag**  
**auf Erstattung von Verdienstausfall nach § 2 der Landesverordnung über die Freistellung  
für ehrenamtliche Mitarbeit in der Jugendarbeit (Freistellungsverordnung - FreiStVO)**  
**vom 18.Mai 2021 (GVOBl. Schl.-Holst. 2021/ S.646 Ausg.Nr.9 v. 10.06.2021)**

Kreis Schleswig-Flensburg  
Kinder- und Jugendförderung  
Dörte Buchacker  
Stadtweg 49  
24837 Schleswig

Der Antrag auf Erstattung des Verdienstausfalls soll mindestens **2 Wochen vor Beginn der Maßnahme** bei dem zuständigen örtlichen Träger der Jugendhilfe in dessen Bezirk der Maßnahmeträger seinen Sitz hat oder bei einem von ihm beauftragten Träger gestellt werden. (§ 2 Abs.5 FreiStVO)

Personen, die aus Landesmitteln geförderte FÖJ, FSJ oder sonstige Freiwilligendienste absolvieren, können keinen Antrag auf Erstattung von Verdienstausfall stellen.

**Die Freistellung darf erst angetreten werden, wenn der Bescheid über die Erstattung des Verdienstausfalls vorliegt.**

Ich beantrage die Erstattung des mir lt. anliegender Bescheinigung entstehenden

**Verdienstausfalles in Höhe von**

\_\_\_\_\_ €

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Plz/Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit tagsüber

**Arbeitgeber** <sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

**Selbstständigkeit** <sup>2)</sup>

Plz/Ort: \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

<sup>2)</sup> weitere Angaben gem. Nachweis Selbstständigkeit

Ich bin Inhaberin/Inhaber einer Card für Jugendleiterinnen oder Jugendleiter

Card-Nr.: \_\_\_\_\_ gültig bis : \_\_\_\_\_

für Träger/Verein: \_\_\_\_\_

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



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

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

**Träger der Veranstaltung:**

Name: \_\_\_\_\_

Plz/Ort: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Die Angaben zur Jugendleiter-Card und zum angeführten Erstattungsgrund werden bestätigt.  
Maßnahme mit überwiegend schleswig-holsteinischen Teilnehmer\*innen  ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift u. Stempel Maßnahmenträger

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 (oder Selbstständigkeit):

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in

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 Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein zur Ausübung von Kontrollbefugnissen sowie zur Rechnungsprüfung.

Hinweis: Die von Ihnen eingegebenen persönlichen Informationen werden nur zu dem von Ihnen gewünschten Zweck und nur innerhalb der von der Landesregierung mit dem jeweiligen Service beauftragten Behörden, Dienststellen und Institutionen sowie der Landesregierung selbst verwendet. Weiterverschafft werden Ihre Daten nicht.

Ohne diese Daten ist eine Bearbeitung Ihres Antrages nicht möglich.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

<https://www.schleswig-holstein.de/DE/Serviceseiten/Datenschutzerklaerung/datenschutzerklaerung.html>

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in

# Verdienstausfallbescheinigung

(vom Arbeitgeber auszufüllen)

Es wird hiermit bescheinigt, dass

Frau/Herr \_\_\_\_\_

in meinem / unserem Betrieb tätig ist und für die Teilnahme an einer Grundausbildung / Fortbildung / Veranstaltung der Jugendarbeit

des \_\_\_\_\_  
(Name des Trägers)

in \_\_\_\_\_  
(Anschrift)

gemäß § 23 Abs. 1 des Jugendförderungsgesetzes (JuFöG) vom 05.02.1992 (GVOBI. Schl.-H. S.158, ber. S 226), ), zuletzt geändert am 06.11.2020 (GVOBI. Ausg. Nr. 10 vom 26.11.2020), i.V. m. der **Landesverordnung über die Freistellung für ehrenamtliche Mitarbeit in der Jugendarbeit (Freistellungsverordnung FreiStVO)** vom 18.05.2021 (GVOBI. Schl.-Holst. S. 646, Ausg. Nr.9 vom 10.06.2021) freigestellt wird.

Der Verdienstausfall von Frau / Herrn \_\_\_\_\_

beträgt für die angegebene Zeit für \_\_\_\_\_ tatsächliche Arbeitstage (höchstens 12 Tage)

**Brutto-Verdienstausfall** \_\_\_\_\_ €

Den Erstattungsbetrag bitte ich / bitten wir

mit Zustimmung <sup>1)</sup> von Frau / Herrn \_\_\_\_\_

auf mein / unser Konto

mit IBAN\_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_

zu überweisen.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Firmenstempel und Unterschrift

<sup>1)</sup> - s. Antrag auf Erstattung von Verdienstausfall