

Landratsamt Bodenseekreis  
Gesundheitsamt  
88041 Friedrichshafen

**Kontakt Corona-Entscheidungung:**  
**Hotline:** 07541 204-3400  
(Erreichbarkeit: Mo - Fr: 08:00 - 12:00 Uhr,  
Do. zusätzlich: 14:00 - 16:00 Uhr)  
**E-Mail:** entschaedigung.corona@bodenseekreis.de

## Antrag auf Entschädigung nach § 56 Infektionsschutzgesetz (IfSG) - Selbstständiger/Selbstständige -

**Wichtige Hinweise:**

Um sachgerecht über Ihren Erstattungsantrag nach dem Infektionsschutzgesetz entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die diesem Antrag beigefügten Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Der Antrag ist **innerhalb einer Frist von drei Monaten** nach Einstellung der verbotenen Tätigkeit oder dem Ende der Absonderung einzureichen.

### 1. Persönliche Angaben des Antragstellers/Persönliche Angaben der Antragstellerin (zukünftig Antragsteller)

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Tätigkeit

### 2. Angaben zum Tätigkeitsverbot/zur Absonderung

Das Tätigkeitsverbot/die Absonderung wurde von folgender Behörde/Gemeinde/Stadt angeordnet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tätigkeitsverbot/Absonderung seit

\_\_\_\_\_

Aufhebung ab

(Bitte Kopie der Absonderungsverfügung beifügen)

### **Krankschreibung**

War der Antragsteller während des Tätigkeitsverbots/der Absonderung krankgeschrieben?

Ja     Nein

Falls ja:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Bitte Krankenschein als Kopie beifügen)

### **3. Krankenkasse**

Der Antragsteller ist krankenversichert bei

---

Name der Krankenkasse

### **4. Weiterführung des Betriebes während des Tätigkeitsverbotes/der Absonderung**

Wurde der Betrieb vom Antragsteller während des Tätigkeitsverbotes/der Absonderung weitergeführt?

Ja     Nein

Falls nein:

Der Betrieb wurde aus folgendem Grund nicht weiter geführt:

Beschäftigen Sie während Ihres Tätigkeitsverbotes/der Absonderung noch weitere Mitarbeiter?

Ja     Nein

Falls ja:

Anzahl der weiterbeschäftigten Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

## 5. Angaben zum Finanzamt

Der Betrieb wird durch folgendes Finanzamt veranlagt:

---

Finanzamt

Sitz des Finanzamtes

---

Steuernummer

Die letzte steuerliche Veranlagung erfolgte im Kalenderjahr

Es ist eine Bescheinigung des Finanzamtes vorzulegen (**Einkommenssteuerbescheid**), aus der der ermittelte Gewinn aus Ihrer selbständigen Tätigkeit (Arbeitseinkommen) des Vorjahres zu ersehen ist.

## 6. Mehraufwendungen

Im Zusammenhang mit der **Existenzgefährdung** mache ich folgende Mehraufwendungen geltend: (Belege bitte in der Anlage beifügen)

## 7. Bankverbindung

Die Entschädigung soll auf folgendes Konto überwiesen werden

---

Kreditinstitut

Kontoinhaber

---

IBAN

BIC

### Datenschutzhinweise

Ihre Daten werden von dem Gesundheitsamt Bodenseekreis in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.bodenseekreis.de/datenschutz](http://www.bodenseekreis.de/datenschutz) (konkrete Datenschutzhinweise zum Infektionsschutz: [https://www.bodenseekreis.de/fileadmin/08\\_landratsamt\\_a-z/datenschutzinformationen/gesundheitsamt/datschutzinfo\\_gsa\\_infektionsschutz.pdf](https://www.bodenseekreis.de/fileadmin/08_landratsamt_a-z/datenschutzinformationen/gesundheitsamt/datschutzinfo_gsa_infektionsschutz.pdf))

Ich versichere die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben

---

Ort, Datum

---

Unterschrift