

AOK Bremen/Bremerhaven
Hauptgeschäftsstelle Bremen
Postfach 10 79 63
28079 Bremen

Erklärung zur Teilnahme am Ausgleichsverfahren bei Krankheit nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Name des Steuerberaters Telefon-Nr. _____

Nach Durchsicht unserer Beschäftigtenzahl

nehmen wir **nicht** am Ausgleichsverfahren bei Krankheit (U1) teil.

nehmen wir am Ausgleichsverfahren bei Krankheit (U1) teil.

Die Erstattung soll ab dem 01.01.

50 v. H.

60 v. H.

70 v. H.

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

des bei Krankheit fortgezahlten Arbeitsentgelts betragen.

Uns ist bekannt, dass die Entscheidung hinsichtlich des Erstattungssatzes für ein Kalenderjahr gilt. Sie verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn wir Ihnen nicht bis zum 15.01. des Folgejahres unsere Änderungswünsche aufgeben.

Wir haben noch Fragen zum Ausgleichsverfahren und möchten uns mit unserem AOK-Fachberater darüber unterhalten.

Bitte rufen Sie uns unter der Telefonnummer _____ an und vereinbaren Sie einen Gesprächstermin.

Betriebsnummer

Firmenstempel und Unterschrift

Die Erhebung der Daten beruht auf § 1 Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 3 Abs. 2 AAG verpflichtet.