

Bundesamt für Familie  
und zivilgesellschaftliche Aufgaben  
**Referat 203 über**  
**Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e. V.**  
**Gartenstraße 18**  
**30161 Hannover**

**Mitteilung über Zeiten ohne Bezüge – ohne Anspruch auf den Bundeszuschuss**

Einsatzstellen erhalten automatisch monatlich vom Bundesamt einen Zuschuss für Taschengeld und Sozialversicherung. Für Zeiten, in denen Freiwillige keinen Anspruch auf Bezüge haben oder die Kosten der Einsatzstelle durch Dritte erstattet werden (z. B. Mutterschutz oder Schwangerschaft mit Beschäftigungsverbot) entfällt dieser Anspruch. Entsprechend sind Einsatzstellen verpflichtet Zeiten, in denen der Einsatzstelle keine Kosten für Bezüge und Sozialversicherungen entstehen, mitzuteilen.

**Bundesfreiwillige/Bundesfreiwilliger**

**Einsatzstelle (EST)**

FRW-Kennung: \_\_\_\_\_

EST-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Name EST

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

**Hiermit teilen wir mit, dass die/der Freiwillige:**

den BFD nicht aufgenommen hat bzw. nicht aufnehmen wird.  
Eine schriftliche Information der/des Freiwilligen ist beigefügt.  
Eine schriftliche Information der/des Freiwilligen liegt uns nicht vor.

seit dem \_\_\_\_\_ dem BFD unentschuldigt fernbleibt und  
den BFD bislang nicht wieder aufgenommen hat.  
den BFD am \_\_\_\_\_ wieder aufgenommen hat.

nach längerer Erkrankung von mehr als 42 Kalendertagen seit dem \_\_\_\_\_ keine  
Bezüge mehr erhält und im Krankengeldbezug ist.

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Urlaub ohne Bezüge erhalten hat bzw. wird.

Schwanger ist. Ein entsprechender Nachweis (Attest bzw. Kopie des Mutterpasses) liegt bei. Der voraussichtliche Entbindungstermin ist am \_\_\_\_\_ .

sich seit dem \_\_\_\_\_ im Mutterschutz befindet.

Für die Freiwillige ab dem \_\_\_\_\_ ggf. bis \_\_\_\_\_ ärztlicherseits bzw. seitens der Beschäftigungsstelle ein Beschäftigungsverbot während der Schwangerschaft ausgesprochen worden ist. Die ärztliche Bescheinigung bzw. das entsprechende Schreiben der Einsatzstelle ist beigelegt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift EST/Rechtsträger

Senden Sie dieses Formular unverzüglich an obige Adresse oder per E-Mail an [kontakt@paritaetischer-freiwillige.de](mailto:kontakt@paritaetischer-freiwillige.de).