(Briefkopf des Arbeitgebers)

An

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wahlerklärung zum Erstattungssatz U1 ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (MM/JJJJ)

Betriebsnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Für unsere Aufwendungen der Entgeltfortzahlung bei Krankheit (U1) wählen wir folgenden

Erstattungssatz::

* **mehr als 30 nach Berechnung**

Wir nehmen nicht am Ausgleichsverfahren bei Krankheit (Umlage 1) teil

* **bis einschließlich 30 nach Berechnung**

 Wir nehmen am Ausgleichsverfahren bei Krankheit (Umlage 1) teil

**Gewünschter Erstattungssatz Umlage 1 (bei Krankheit)**

* 50 % Erstattung
* 60 % Erstattung
* 70 % Erstattung
* 80 % Erstattung

X

 Datum Unterschrift und Stempel: Arbeitgeber