

Zuschuss für Entgeltfortzahlung (EFZ)

Vergütungsantrag gemäß § 53b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)

Auszahlungen erfolgen binnen einem Monat nach Ende jenes Quartals, in dem der Antrag gestellt wurde!

Wichtige Hinweise

- **Zuschuss bei Erkrankungen:** Wird ab dem 11. Tag der Arbeitsverhinderung gewährt.
- **Zuschuss bei Unfällen:** Wird vom ersten Tag an gewährt, wenn die Arbeitsverhinderung länger als **3 Tage dauert**.
- **Nachweis:** Die **Glaubhaftmachung der krankheits- oder unfallbedingten Arbeitsverhinderung** durch Beilegung von Nachweisen, wie Krankenstands- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbestätigung, beschleunigt die Bearbeitung Ihres Antrages und gewährleistet eine zeitgerechte Zuschussgewährung
- **Dieser Antrag gilt NICHT als Meldung eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit** im Sinne des § 363 Abs. 1 ASVG.
Es ist eine gesonderte Meldung zu erstatten!
- Bitte **vollständig** ausfüllen.

Zutreffendes
bitte ankreuzen

Daten des Dienstgebers/der Dienstgeberin

1. KV-Träger	2. Beitragskontonummer	5. Telefon	6. Fax
3. Dienstgeber/Dienstgeberin		7. Ansprechperson	
4. Adresse		8. E-Mail	
9. Bankverbindung		Konto-Nr. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		BLZ <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		davon begünstigte Behinderte <input type="checkbox"/> Lehrlinge <input type="checkbox"/>	
10. Unternehmensgröße (Anzahl der Beschäftigten) <input style="width: 50px;" type="text"/>			

11. FAMILIEN-/NACHNAME	DIENSTNEHMER/IN
12. Vorname	
13. Adresse	
14. a Vers.-Nr. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
14. b Geburtsdatum <input style="width: 100%;" type="text"/>	
15. beschäftigt seit <input style="width: 100%;" type="text"/>	
16. beschäftigt als	
Lehrling <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt <input type="checkbox"/>	
17. Berechnung der EFZ-Ansprüche nach	
Arbeits-/Lehrjahr <input type="checkbox"/>	
Kalenderjahr <input type="checkbox"/>	

18. Unfalltag <input style="width: 100%;" type="text"/>	NUR FÜR UNFÄLLE
19. Verkehrsunfall ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>	
20. Fremdverschulden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>	

21. Arbeitsverhinderung FÜR ALLE ARBEITSVERHINDERUNGEN					
Beginn			Ende		
Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

22. EFZ-Zeiträume und -Beträge der vom/von der Dienstgeber/Dienstgeberin geleisteten EFZ innerhalb der angegebenen Arbeitsverhinderung					
EFZ-Zeitraum mit gleichbleibender EFZ		EFZ in %	Bruttobetrag - ohne Sonderzahlungen		
von	bis				
Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/>	€ <input style="width: 100%;" type="text"/>		
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	€ <input style="width: 100%;" type="text"/>		
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	€ <input style="width: 100%;" type="text"/>		

23. Anspruch des/der Beschäftigten auf Sonderzahlungen
ja <input type="checkbox"/> (werden pauschal berücksichtigt) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

(nur im Falle einer erteilten Vollmacht auszufüllen)
24. Name des/der Bevollmächtigten
25. E-Mail des/der Bevollmächtigten
26. Tel.-Nr. des/der Bevollmächtigten

27. Unterschrift und Stempel des Dienstgebers/der Dienstgeberin bzw. des/der Bevollmächtigten
Für die Richtigkeit der Angaben haftet der/die Aussteller/in (§§ 1295 ff ABGB). Gleichzeitig wird zur Kenntnis genommen, dass die AUVA berechtigt ist, zu Unrecht ausbezahlte Beträge zurückzufordern.
Ort/Datum

A U S F Ü L L H I L F E Vergütungsantrag-EFZ

Feld-Nr.	Feldname	Hinweise für die Bekanntgabe von Daten
1	KV-Träger	Angabe, bei welchem Krankenversicherungsträger das Beitragskonto geführt wird. z. B. Wiener Gebietskrankenkasse = WGKK
2	Beitragskontonummer	Angabe der vollständigen Beitragskontonummer, unter der das Unternehmen beim Krankenversicherungsträger geführt wird.
5	Telefon	Telefonnummer (mit Vorwahl) des Unternehmens
6	Fax	Faxnummer (mit Vorwahl) des Unternehmens
7	Ansprechpartner/in	Name (evtl. auch Telefonklappe) jener Person, die bei Rückfragen zur Abwicklung des Zuschusses kontaktiert werden soll.
8	E-Mail	E-Mail-Adresse des Unternehmens bzw. der Kontaktperson zur Abwicklung von Rückfragen
9	Bankverbindung	Angabe des Bankinstituts sowie der Kontonummer und Bankleitzahl jenes Kontos, auf das die Überweisung des Zuschusses durch die AUVA gewünscht wird.
10	Unternehmensgröße	Anzugeben ist, wie viele DienstnehmerInnen im antragsgegenständlichen Zeitraum im Unternehmen beschäftigt und wie viele davon Lehrlinge und/oder begünstigte Behinderte sind. Zuschüsse stehen nur Dienstgebern/Dienstgeberinnen zu, die regelmäßig weniger als 51 Dienstnehmer/Dienstnehmerinnen beschäftigen.
13	Adresse	Vollständige Wohnadresse des Dienstnehmers/der Dienstnehmerin, für den die EFZ geleistet wurde.
14. a/ 14. b	Vers.-Nr./ Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer des Dienstnehmers/der Dienstnehmerin (lt. e-card)/Geburtsdatum
15	beschäftigt seit	Zeitpunkt, zu welchem das gegenständliche Dienstverhältnis arbeitsrechtlich begonnen hat.
16	beschäftigt als	Verwendung des Dienstnehmers/der Dienstnehmerin im Unternehmen "Lehrling" ist anzukreuzen, wenn der Dienstnehmer/die Dienstnehmerin als Lehrling beschäftigt ist.
17	Berechnung der EFZ-Ansprüche	Angabe, ob sich die Entgeltfortzahlungsansprüche des Dienstnehmers/der Dienstnehmerin nach seinem/i ihrem Arbeitsjahr oder dem Kalenderjahr richten.
18	Unfalltag	Genaueres Datum, an dem der Unfall (Arbeits- bzw. Freizeitunfall) passiert ist (nur wenn Unfallkrankenstand).
19	Verkehrsunfall	Angabe, ob die gegenständliche Verletzung bei einem Verkehrsunfall entstanden ist (nur wenn Unfallkrankenstand).
20	Fremdverschulden	Hinweis, ob als Ursache für die gegenständliche Verletzung Fremdverschulden vermutet wird oder erwiesen ist (nur wenn Unfallkrankenstand).
21	Arbeitsverhinderung	Genauere Angabe des Datums von Beginn und Ende der Arbeitsverhinderung, auch wenn nicht mit Entgeltfortzahlungszeitraum ident.
22	EFZ-Zeiträume und EFZ-Beträge	Wurde das fortgezahlte Entgelt während des Entgeltfortzahlungszeitraums in unterschiedlicher Höhe geleistet (wurde etwa für einen bestimmten Zeitraum Entgelt zu 100% und für den anschließenden Zeitraum Entgelt zu 50% fortgezahlt, oder eine Gehalts-/Lohnveränderung ist eingetreten) sind Zeiträume, in denen unterschiedliche EFZ-Beträge geleistet wurden, gestaffelt jeweils vom ersten bis zum letzten Tag einer gleich bleibenden EFZ anzugeben. Beim Bruttobetrag geben Sie bitte den genauen Euro-Betrag (Euro und Cent) an, der dem Dienstnehmer/der Dienstnehmerin aus Anlass der aktuellen Arbeitsverhinderung im jeweiligen EFZ-Zeitraum insgesamt fortgezahlt worden ist (Bruttogehalt bzw. Bruttolohn, ohne Sonderzahlungen. Die Sonderzahlungen werden bei der Zuschussberechnung pauschal von der AUVA berücksichtigt).
23	Anspruch des Dienstnehmers/der Dienstnehmerin auf Sonderzahlungen	Angabe, ob im betreffenden Arbeits- oder Kalenderjahr ein Anspruch des Dienstnehmers/der Dienstnehmerin auf Sonderzahlungen besteht oder nicht.
24	Name des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten	Name des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten bzw. Name des bevollmächtigten Unternehmens (z. B. Steuerberatungskanzlei)
25	E-Mail	E-Mail-Adresse des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten
26	Telefonnummer	Telefonnummer des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten

Information zur Unternehmensgröße

Bei wechselnder Dienstnehmerzahl besteht Anspruch auf Zuschuss auch dann, wenn die vorhersehbare durchschnittliche Dienstnehmerzahl pro Jahr nicht mehr als 50 Dienstnehmer/Dienstnehmerinnen beträgt und an nicht mehr als 30 Tagen im Jahr mehr als 75 Dienstnehmer/Dienstnehmerinnen beschäftigt werden. Dies gilt auch, wenn die Zahlengrenze von 50 Beschäftigten nur deshalb überschritten wird, weil in diesem Unternehmen Lehrlinge oder begünstigte Behinderte beschäftigt werden, sofern die Grenze von 53 Beschäftigten nicht überschritten wird; dies **gilt nicht** für Unternehmen, die vorwiegend der Ausbildung Jugendlicher oder der Beschäftigung Behinderter dienen.

Zuständigkeit	Dienststelle der AUVA	Anschrift	EFZ-Telefon	EFZ-FAX
Burgenland	AS-Oberwart	Hauptplatz 11, 7400 Oberwart	+43 3352 353 56-0*	+43 3352 353 56-606
Kärnten	AS-Klagenfurt	Waidmannsdorfer Str. 35, 9020 Klagenfurt a. Wörthersee	+43 463 58 90-4008	+43 463 58 90-4040
Niederösterreich	AS-St.Pölten	Kremser Landstraße 8, 3100 St. Pölten	+43 2742 258 950-250	+43 2742 258 950-607
Oberösterreich	LS-Linz	Garnisonstr. 5, Postfach 299, 4017 Linz	+43 732 23 33-8655	+43 732 23 33-8380
Salzburg	LS-Salzburg	Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5, 5010 Salzburg	+43 662 21 20-0*	+43 662 21 20-4401
Steiermark	LS-Graz	Göstinger Straße 26, 8020 Graz	+43 316 505-2065	+43 316 505-2499
Tirol	AS-Innsbruck	Ing.-Etzel-Straße 17, 6020 Innsbruck	+43 512 520 55-0*	+43 512 520 55-85
Vorarlberg	AS-Dornbirn	Eisengasse 12, 6850 Dornbirn	+43 5572 269 42-0*	+43 5572 269 42-85
Wien	LS-Wien	Webergasse 4, 1200 Wien	+43 1 33 133-454 u. 455	+43 1 33 133-484

LS = Landesstelle AS = Außenstelle

Hinweise auf weiterführende Informationen zur dieser Leistung der AUVA finden Sie im Internet auf unserer Homepage:
www.auva.at oder direkt unter **www.auva.at/efz**