

# Antrag auf Entschädigung für Schöffinnen und Schöffen

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_

Amtsgericht Bremen  
Ostertorstr. 25-31  
28195 Bremen

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

Wohnort

Berufsbezeichnung

Anschrift Arbeitsstelle

erwerbstätig       ja  nein  
teilzeitbeschäftigt  ja  nein

Führung eines eigenen Haushalts für \_\_\_\_\_ Personen

Datum des Terminstages	
Antritt der Reise vom <input type="checkbox"/> Wohnort <input type="checkbox"/> Arbeitsort	Uhr
Beginn des Termins	Uhr
Ende des Termins	Uhr
Ankunft am <input type="checkbox"/> Wohnort <input type="checkbox"/> Arbeitsort	Uhr



**Ich beantrage die Erstattung von (Zutreffendes bitte ankreuzen und Belege beifügen):**

<input type="checkbox"/> Fahrtkosten für die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln (§§ 15, 5 Abs. 2 Nr. 2 JVEG)	_____ Euro
<input type="checkbox"/> Taxi (bitte die Notwendigkeit begründen) (§§ 15, 5 Abs. 2 Nr. 2 JVEG)	_____ Euro
<input type="checkbox"/> Fahrtkosten für die Benutzung eines Kraftfahrzeugs _____ km (Hin- und Rückfahrt) (§§ 15, 5 Abs. 2 Nr. 2 JVEG)	_____ Euro
<input type="checkbox"/> Parkgebühren	_____ Euro
<input type="checkbox"/> Verdienstausfall <input type="checkbox"/> siehe Anlage <input type="checkbox"/> Bescheinigung liegt vor (§§ 15, 18 JVEG)	_____ Euro
<input checked="" type="checkbox"/> Zeitversäumnis (§§ 15, 16 JVEG)	_____ Euro
<input type="checkbox"/> sonstige Aufwendungen (§§ 15, 7 JVEG)	_____ Euro
<input type="checkbox"/> Nachteile bei der Haushaltsführung (§§ 15, 17 JVEG)	_____ Euro

**Ich bitte um Überweisung der Entschädigung auf das folgende Konto:**

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**Bank:** \_\_\_\_\_

**Meine elfstellige Steuer-Identifikationsnummer lautet :** \_\_\_\_\_  
**zwingend für die Auszahlung benötigt**

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.**

**Der Anspruch auf Entschädigung erlischt, wenn er nicht binnen drei Monaten beim Amtsgericht Bremen geltend gemacht wird. Die Frist beginnt mit Beendigung der Amtsperiode, jedoch nicht vor dem Ende der Amtstätigkeit.**

## **Bescheinigung des Arbeitgebers**

---

(Name, Vorname des/r Arbeitnehmer/in)

ist hier beschäftigt und hat am \_\_\_\_\_ Verdienstausfall.

Die Arbeitszeit am Untersuchungs- bzw. Terminstag beginnt um \_\_\_\_\_ Uhr und endet um \_\_\_\_\_ Uhr.

Darin sind unbezahlte Arbeitspausen von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr und von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr enthalten.

- Das Gehalt wird je Stunde der Abwesenheit um \_\_\_\_\_ Euro gekürzt.
- Der Stundenlohn/Schichtlohn beträgt brutto \_\_\_\_\_ Euro.  
dazu werden an Prämien \_\_\_\_\_ Euro und  
Auslösungen \_\_\_\_\_ Euro gewährt.

Eine Teilzeitbeschäftigung am Untersuchungs- bzw. Terminstag ist vor dem Termin

möglich.

nicht möglich (bitte Begründung beifügen).

in der Zeit von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr möglich.

Nach dem Termin ist eine Wiederaufnahme der Arbeit

aus betrieblichen Gründen nicht möglich (bitte Begründung beifügen).

möglich, wenn die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer bis spätestens \_\_\_\_\_ Uhr an die Arbeitsstelle zurückgekehrt ist.

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers