

**STREIKAUSWEIS: EKR2025/26
ANTRAG AUF ZAHLUNG VON STREIKAUSFALLGELD**

Antragsteller

Vorname, Name

E-Mail-Adresse (wichtig für Rückfragen!)

PLZ und Wohnort

Straße

Dienststelle des Antragstellers

Bezeichnung

Ort

Erklärung

Ich habe am Warnstreik/Demo teilgenommen. Davon war die angegebene Unterrichtszeit betroffen.

Datum/Streiktage	von / bis, Anzahl der betroffenen Unterrichtsstunden*

Meine Bezüge wurden entsprechend gekürzt. Die Bezügemitteilung*, aus der die Kürzung hervorgeht, füge ich diesem Antrag bei.

Die Erstattung des Nettolohnausfall erfolgt auf die dem LVBS als Beitragskonto benannte Bankverbindung.

Datum

Unterschrift

*Bitte überprüfen Sie, ob die Kürzung wegen des Streikes vorgenommen wurde und ob die Anzahl der gekürzten Stunden identisch mit den Ausfallstunden ist.