

Antrag auf Insolvenzgeld (Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer)



Bundesagentur für Arbeit

Eintragung erfolgt durch die Agentur für Arbeit

Eingangsstempel der Agentur für Arbeit

Tag der Antragstellung / Nz. Agentur / Team

Bitte nichts eintragen

Kunden-Nr. Insolvenzgeld: **Insg** 12345

Hinweise: Die Agentur für Arbeit benötigt die nachstehenden Angaben für die Beurteilung Ihres Anspruchs auf Insolvenzgeld(Insg) nach §§ 165 ff Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III); Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch. Beachten Sie bitte die beiliegenden Ausfüllhinweise des Merkblattes 10 "Insolvenzgeld". Informationen, Vordrucke und Merkblätter erhalten Sie bei der Agentur für Arbeit oder auch im Internet unter www.arbeitsagentur.de



3

Angaben zur Person

1. Name, Vorname

Maier, Willi

2. Geburtsdatum

17.12.1961

Deutschland

3. Kundennummer (Arbeitslosengeld)

Die Eintragung kann entfallen

Versicherungsnummer (Rentenversicherung)

12121212A123

4. Anschrift (Straße, Hausnummer)

Herrenbergerstr. 8

Anschriftenzusatz (wohnhaf bei)

bei Maier

Postleitzahl, Wohnort

6000 Frankfurt

5. Telefon

0691234567

E-Mail

maier@email.de

6. Bankleitzahl

518 500 79

Kontonummer

0 123 456 789

Geldinstitut

Testbank

BIC

IBAN

Die Eintragung kann entfallen

Ist die Antragstellerin/der Antragsteller mit dem Kontoinhaber identisch?



Ja



Nein

Wenn nein: Name und Vorname

der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Angaben zum zahlungsunfähigen Arbeitgeber/ zum zahlungsunfähigen Arbeitgeber

7. Name und Anschrift (Hauptsitz)

Musterfirma, Testst

Anschr

Bitte nichts eintragen

8. Name und Ans

Geschäftsführer Horst Müller, ,

Name Arbeitgeber/in Musterfirma

Name, Vorname Arbeitnehmer/in Maier, Willi Kunden -Nr. Insg 12345

Angaben zum Insolvenzereignis

9. Falls bekannt, bitte angeben:

Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens

Tag der Abwechslung

Tag

Hinweis:

h

Bitte nichts eintragen

10. Haben Sie

- weiterhin

- die Arbeit ab

Ja Nein

Ja Nein

Wenn ja: letzter Arbeits

Wann und wodurch haben Sie von dem Insolvenzereignis Kenntnis erlangt?

Angaben zum Arbeitsverhältnis

11. Beschäftigt gewesen als Schlosser

12. Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld

- geschäftsführende/r Gesellschafter/in oder nur Gesellschafter/in

Ja Nein

- Vorstandsmitglied der Aktiengesellschaft gewesen?

Ja Nein

- mitarbeitende/r Angehörige/r (z.B. Ehegattin/Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, geschiedene/r Ehegattin/Ehegatte, Lebensgefährtin/Lebensgefährte, Verwandte/r, sonst Familienangehörige/r) der zahlungsunfähigen Arbeitgeberin/des zahlungsunfähigen Arbeitgebers gewesen?

Ja Nein

Wenn ja, wurde die Beschäftigung mit Bescheid der Krankenkasse oder - im Rahmen eines Antragsverfahrens nach § 7a Abs. 1 SGB IV - der Clearingstelle der DRV-Bund festgestellt?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Kopie beifügen.

Wenn nein, bitte den Feststellungsbogen zur versicherungsrechtlichen Beurteilung beifügen. Sie erhalten ihn bei der Agentur für Arbeit oder über das Internet (www.arbeitsagentur.de).

13. Ist Ihr Arbeitsverhältnis mit vorgenanntem Arbeitgeberin/ vorgenanntem Arbeitgeber unter Einhaltung der Schriftform (§ 623 BGB) gelöst?

Ja Nein

Wenn ja:

durch Kündigung der/des Insolvenzverwalterin
 Insolvenzverwalters/Arbeitgeberin/Arbeitgebers zum _____

Haben Sie gegen die Kündigung Klage erhoben oder beabsichtigen Sie Klage zu erheben?

Ja Nein

Wenn ja: beim Arbeitsgericht _____ Az. _____

Hinweis: Bitte Klageschrift sowie ein bereits ergangenes Urteil in Kopie beifügen.

durch eigene Kündigung zum _____

durch _____ zum _____

Haben Sie nach dem oben genannten Ende des Arbeitsverhältnisses nochmals eine Beschäftigung (ggf. auch geringfügig) bei diesem Arbeitgeber aufgenommen?

Ja Nein

Wenn ja: bitte Beschäftigungszeiten angeben _____

Bitte überprüfen Sie unsere Eintragungen und ergänzen Sie vollständig die fehlenden Daten.

Angaben zum Arbeitsentgelt

14. Für welchen Monat wurde erstmalig kein

Wurde die Nichtzahlung des Arbeitsentgelts mit Zahlungsverzug verbunden?

Ja Nein

15. Haben Sie wegen des Arbeitsentgelts, für das Sie Insolvenzgeld beantragen, Klage beim Arbeitsgericht erhoben?

Ja Nein

Wenn ja: beim Arbeitsgericht _____ Az. _____

Hinweis: Bitte Klageschrift sowie ein bereits ergangenes Urteil in Kopie beigefügen.

16. Haben Sie Arbeitsentgelt zugunsten einer betrieblichen Altersversorgung nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 des Betriebsrentengesetzes in den Durchführungswegen Pensionsfonds, Pensionskasse oder Direktversicherung umgewandelt?

Ja Nein

Hinweis: Entgeltumwandlungen zugunsten einer Unterstützungskasse bzw. im Rahmen einer Direktzusage werden im Rahmen des Insolvenzgeldes nicht berücksichtigt.

Wenn ja: Versorgungsträger _____

monatlicher Betrag der Entgeltumwandlung _____

Die umgewandelten Entgeltteile unterliegen (auf Grund der gesetzlichen Regelung des § 165 Abs. 2 Satz 3 SGB III) **für die Berechnung des Insolvenzgeldes** grundsätzlich der Steuer- und Beitragspflicht und sind daher dem Brutto-Arbeitsentgelt (vgl. Zeile A2 der Seite 5) hinzuzurechnen.

Bitte überprüfen Sie unsere Eintragungen und ergänzen Sie vollständig die fehlenden Daten.

Angaben zum Bezug von anderen Sozialleistungen / zu neuem Arbeitsverhältnis

17. Haben Sie für den Zeitraum, für den Sie Insolvenzgeld beantragen, Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Arbeitslosenbeihilfe, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld II, Krankengeld oder eine vergleichbare Entgeltersatzleistung beantragt?

Ja Nein

Wenn ja:

bei der Agentur für Arbeit/Gesellschaft für Arbeitsbeschaffung

Leistung _____

beim zuständigen

Arbeitslosengeld

bei

Leistung _____

Bitte nichts eintragen

18. Sind Sie während des Zeitraums, für den Sie Insolvenzgeld beantragen, in ein neues Arbeitsverhältnis eingetreten?

Wenn ja:

Das Nettogehalt _____

19. Beziehen Sie eine Rente während des Zeitraums, für den Sie Insolvenzgeld beantragen, oder haben Sie eine Rente während dieses Zeitraums erhalten?

Nein

Ja

Wenn ja:

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung _____

bei dem Rententräger _____

ab _____ Geschäftszeichen _____

Name Arbeitgeber/in Musterfirma

Name, Vorname Arbeitnehmer/in Maier, Willi

Kunden-Nr. Insg 12345

Angaben zur Sozialversicherung

20. Welcher Krankenkasse haben Sie während

Name der Krankenkasse AOK Meckle

Ich war pflichtversichert. freiwillig/privat vers.

21. Besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja Nein

Wenn nein: Ich bin privat freiwillig rentenversichert bei: _____

22. Zahlen Sie in der gesetzlichen Pflegeversicherung den Beitragszuschlag für Kinderlose?

Ja Nein

Bitte überprüfen Sie unsere Eintragungen und ergänzen Sie vollständig die fehlenden Daten.

Lohnsteuermerkmale

23. Steuerklasse 1

24. monatlicher Freibetrag _____

25. Kirchensteuerabzug Ja Nein

26. Steuer-Identifikationsnummer 87654321812

Bitte überprüfen Sie unsere Eintragungen und ergänzen Sie vollständig die fehlenden Daten.

Vorschuss

27. Ich beantrage einen Vorschuss auf das zu erwartende Insolvenzgeld.

Bitte folgende Angaben machen:

• Letzter

• Letzter

• Letzter

• Letzter

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche auf Arbeitsentgelt, die den Anspruch auf Insolvenzgeld begründen, mit Stellung dieses Antrages auf die Bundesagentur für Arbeit übergehen. Etwaige Änderungen (z.B. Adresse, Bankverbindung, Arbeitsaufnahme, Beantragung/Bezug von Arbeitslosengeld oder anderen Entgeltersatzleistungen), die sich auf den Zeitraum beziehen, für den Insolvenzgeld geltend gemacht wird, werde ich der Agentur für Arbeit unverzüglich mitteilen. Das Merkblatt 10 "Insolvenzgeld" habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen.

Bitte nichts eintragen

Erklärung

Ich versichere, sämtliche Angaben (einschließlich der Seite 5) vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche auf Arbeitsentgelt, die den Anspruch auf Insolvenzgeld begründen, mit Stellung dieses Antrages auf die Bundesagentur für Arbeit übergehen. Etwaige Änderungen (z.B. Adresse, Bankverbindung, Arbeitsaufnahme, Beantragung/Bezug von Arbeitslosengeld oder anderen Entgeltersatzleistungen), die sich auf den Zeitraum beziehen, für den Insolvenzgeld geltend gemacht wird, werde ich der Agentur für Arbeit unverzüglich mitteilen. Das Merkblatt 10 "Insolvenzgeld" habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Bitte eintragen

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Bitte unterschreiben

Unterschrift der Antragsnehmerin/des Antragsnehmers

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Hinweise zu den Ansprüchen auf Arbeitsentgelt (siehe nachfolgende Seite 5):

In den nachfolgenden Zeilen A1 bis A14 der Seite 5 des Antrages sind die Entgeltabrechnungszeiträume anzugeben, für die Arbeitsentgelt noch aussteht und die ganz oder teilweise in den letzten drei Monaten vor dem Insolvenzereignis fallen. Falls das Arbeitsverhältnis vor diesem Zeitpunkt beendet worden ist, sind die letzten drei Monate des Arbeitsverhältnisses maßgebend. Bei Weiterarbeit (auch Urlaub, Krankheit) oder Arbeitsaufnahme in Unkenntnis des Insolvenzereignisses gelten Besonderheiten, die Sie bitte dem Merkblatt 10 entnehmen.

Name Arbeitgeber/in Musterfirma

Name, Vorname Arbeitnehmer/in Maier, Willi Kunden-Nr. Insg 12345

Anlage zum Antrag auf Insolvenzgeld

A1 **Entgeltabrechnungszeiträume**
(aufgeschlüsselt nach Monaten) vom _____ bis _____

Entgelt offen
vom

A2 **Brutto-Arbeitsentgelt** (höchstens bis zur **monatlichen** Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung einschließlich Sonderzahlungen und vermögenswirksamer Leistungen der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, soweit keine Insolvenzversicherung besteht)

Brutto offen ca.

Übersteigt das tatsächliche Brutto die monatliche Beitragsbemessungsgrenze bitte Nachweis (Lohnabrechnung)

A3 Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile A2) **enthaltene Sonderzahlungen** (wiederkehrende oder einmalige Zuwendungen, wie z.B. Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld, Provisionsbeteiligungen) sowie **Sachbezüge** (z.B. Dienst-Kfz, Dienstwohnung)

Art _____
Art _____
Art _____

A4 Im Brutto-Arbeitsentgelt **wandlung**, sofern **nicht mehr abgeführt** (z.B. Versorgungsträger, Unfallversicherung)

5 **AG-Beitragszuschuss** / Pflege-/Rentenversicherung
Höchstbetrag _____

Bitte nichts eintragen

A6 **Gesetzlich** / tatsächliche Zuschüsse _____

A7 **Sozialversicherungsbeiträge** (Rentenversicherung) _____

A8 **Zur Erfüllung** / des Arbeitsvertrages _____

A9 **Bereits** / zuge, Zahlungen des Arbeitgebers _____

A10 **Zwischen** / (Zeile A2 abzüglich Zeilen A3 bis A9) _____

A11 Noch **nicht** / Name des Dritten _____
wegen: Pfändung Darlehen

A12 Ansprüche Dritter im / Vorfinanzierender _____

A13 Noch **nicht ausgezahlt** / (Zeile A10 abzüglich Zeilen A11 bis A12) _____

A14 **Zzgl. AG-Beitragszuschuss** / zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung (siehe A5) noch nicht ausgezahlt bzw. abgeführt _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____