

 Bundesagentur für Arbeit Antrag auf Insolvenzgeld (Arbeitnehmer)	Tag der Antragstellung/Nz. _____	Kunden-Nr. Insolvenzgeld _____	Eintragung erfolgt durch Agentur für Arbeit
	Agentur/Team _____	Insg _____	
Hinweise: Die Agentur für Arbeit benötigt die nachstehenden Angaben für die Beurteilung Ihres Anspruchs auf Insolvenzgeld (Insg) nach §§ 183 ff Drittes Buch Sozialgesetzbuch; 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 .		Eingangsstempel der Agentur für Arbeit	
Angaben zur Person			
1.	Name, Vorname _____		
2.	Geburtsdatum _____	Staatsangehörigkeit _____	
3.	Kundennummer (Arbeitslosengeld) _____	Versicherungsnummer (Rentenversicherung) _____	
4.	Anschrift (Straße, Hausnummer) _____		(Postleitzahl, Wohnort) _____
	Anschriftenzusatz (wohnhaft bei) _____		
5.	Telefon, Fax _____	E-Mail _____	
6.	Bankverbindung/Geldinstitut _____		
	Bankleitzahl _____	Konto-Nummer _____	
	Ist der Antragsteller mit dem Kontoinhaber identisch?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn nein , Name, Vorname des Kontoinhabers _____		
Angaben zum Arbeitgeber			
7.	Name und Anschrift des zahlungsunfähigen Arbeitgebers _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Es handelt sich um den Hauptsitz des Unternehmens Wenn nein , Anschrift des Hauptsitzes _____		
	Anschrift der Lohnabrechnungsstelle, soweit sie von der Anschrift des zahlungsunfähigen Arbeitgebers abweicht _____		
8.	Name und Anschrift des Insolvenzverwalters/Treuhänders/Geschäftsführers oder Inhabers _____		
Angaben zum Insolvenzereignis			
9.	Falls bekannt, bitte angeben:		
	<input type="checkbox"/> Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens _____		
	<input type="checkbox"/> Tag der Abweisung des Insolvenzantrages mangels Masse _____		
	<input type="checkbox"/> Tag der vollständigen Beendigung der Betriebstätigkeit _____		
	Hinweis: Falls sich die Antragstellung um mehr als 2 Monate seit dem Insolvenzereignis verzögert hat, bitte auf einem gesonderten Blatt ausführlich die Gründe der Verzögerung darlegen und dabei insbesondere angeben, wann und wodurch Sie von dem Insolvenzereignis Kenntnis erlangt haben und was Sie bis zu diesem Zeitpunkt unternommen haben, um Ihre Ansprüche durchzusetzen.		
	<input type="checkbox"/> Verfahren beantragt am _____ beim Insolvenzgericht _____ Az. _____		

Name des Arbeitgebers _____

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____ Kunden-Nr. Insg _____

10.	<p>Haben Sie in Unkenntnis des Insolvenzereignisses</p> <ul style="list-style-type: none"> - weitergearbeitet oder - die Arbeit aufgenommen? <p>Wenn ja: letzter Arbeits-/Urlaubs-/Krankheitstag _____</p> <p>Wann und wodurch haben Sie von dem Insolvenzereignis Kenntnis erlangt?</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Angaben zum Arbeitsverhältnis		
11.	<p>Beschäftigt gewesen als</p> <p>_____</p>	
12.	<p>Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld beantragen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • geschäftsführender Gesellschafter oder nur Gesellschafter gewesen? • mitarbeitender Angehöriger (z.B. Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, geschiedener Ehegatte, Lebensgefährtin, Verwandter, sonst. Familienangehöriger) des zahlungsunfähigen Arbeitgebers gewesen? <p>Wenn ja, wurde die Beschäftigung mit Bescheid der Krankenkasse oder – im Rahmen eines Anfrageverfahrens nach § 7a Abs. 1 SGB IV – der Clearingstelle der DRV-Bund festgestellt?</p> <p>Wenn ja, bitte Kopie beifügen</p> <p>Wenn nein, bitte den Feststellungsbogen zur versicherungsrechtlichen Beurteilung beifügen. Sie erhalten ihn bei der Agentur für Arbeit oder über das Internet (www.arbeitsagentur.de).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstandsmitglied der Aktiengesellschaft gewesen? 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13.	<p>Ist Ihr Arbeitsverhältnis mit vorgenanntem Arbeitgeber unter Einhaltung der Schriftform (§ 623 BGB) gelöst?</p> <p>Wenn ja:</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kündigung des Insolvenzverwalters/Arbeitgebers zum _____</p> <p>Haben Sie gegen die Kündigung Klage erhoben oder beabsichtigen Sie Klage zu erheben?</p> <p>Wenn ja: beim Arbeitsgericht _____ Az. _____</p> <p>Hinweis: Bitte Klageschrift sowie ein bereits ergangenes Urteil in Kopie beifügen.</p> <p><input type="checkbox"/> durch eigene Kündigung zum _____</p> <p><input type="checkbox"/> durch _____ zum _____</p> <p>Haben Sie nach dem oben genannten Ende des Arbeitsverhältnisses nochmals eine Beschäftigung (ggf. auch geringfügig) bei diesem Arbeitgeber aufgenommen?</p> <p>Wenn ja, bitte Beschäftigungszeiten angeben _____</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Angaben zum Arbeitsentgelt		
14.	<p>Für welchen Monat wurde erstmalig kein Arbeitsentgelt gezahlt (auch teilweise)?</p> <p>_____</p> <p>Wurde die Nichtzahlung des Arbeitsentgelts mit Zahlungsunfähigkeit begründet?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15.	<p>Haben Sie wegen des Arbeitsentgelts, für das Sie Insolvenzgeld beantragen, Klage beim Arbeitsgericht erhoben?</p> <p>Wenn ja: beim Arbeitsgericht _____ Az. _____</p> <p>Hinweis: Bitte Klageschrift sowie ein bereits ergangenes Urteil in Kopie beifügen.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16.	<p>Haben Sie Arbeitsentgelt zugunsten einer betrieblichen Altersversorgung nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 des Betriebsrentengesetzes in den Durchführungswegen Pensionsfonds, Pensionskasse oder Direktversicherung umgewandelt?</p> <p>Hinweis: Entgeltumwandlungen zugunsten einer Unterstützungskasse bzw. im Rahmen einer Direktzusage werden im Rahmen des Insolvenzgeldes nicht berücksichtigt.</p> <p>Wenn ja: Versorgungsträger _____</p> <p>monatlicher Betrag der Entgeltumwandlung _____</p> <p>Die umgewandelten Entgelteile unterliegen (auf Grund der gesetzlichen Regelung des § 183 Abs. 1 Satz 5 SGB III) für die Berechnung des Insolvenzgeldes grundsätzlich der Steuer- und Beitragspflicht und sind daher dem Brutto-Arbeitsentgelt (vgl. Zeile A2 der Anlage zum Antrag) hinzuzurechnen.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Name des Arbeitgebers _____

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____ Kunden-Nr. Insg _____

Angaben zum Bezug von anderen Sozialleistungen / zu neuem Arbeitsverhältnis	
17.	<p>Haben Sie für den Zeitraum, für den Sie Insolvenzgeld beantragen, Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Arbeitslosenbeihilfe, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld II, Krankengeld oder eine vergleichbare Entgeltersatzleistung beantragt oder bezogen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja:</p> <p><input type="checkbox"/> bei der Agentur für Arbeit/Geschäftsstelle _____ Leistung _____ ab _____</p> <p><input type="checkbox"/> beim zuständigen Träger der Grundsicherung (z.B. ARGE) _____ Arbeitslosengeld II ab _____ BG-Nummer _____</p> <p><input type="checkbox"/> bei _____ Leistung _____ ab _____ Geschäftszeichen _____</p>
18.	<p>Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld beantragen, ein neues Arbeitsverhältnis eingegangen oder haben Sie eine selbständige Tätigkeit aufgenommen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja: ab _____</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____</p> <p>Das Netto-Arbeitsentgelt/Entgelt hieraus beträgt <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich _____ € Bitte Nachweis beifügen.</p>
19.	<p>Beziehen Sie eine der unten genannten Renten? Oder haben Sie eine solche Rente beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja:</p> <p>Rente <input type="checkbox"/> wegen teilweiser Erwerbsminderung, <input type="checkbox"/> wegen Berufsunfähigkeit, <input type="checkbox"/> für Bergleute bei dem Rententräger _____ ab _____ Geschäftszeichen _____</p>
Angaben zur Sozialversicherung	
20.	<p>Welcher Krankenkasse haben Sie während Ihrer letzten Beschäftigung angehört?</p> <p>Name der Krankenkasse _____</p> <p>Ich war <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig/privat versichert.</p>
21.	<p>Besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn nein: Ich bin <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig rentenversichert bei: _____</p>
22.	<p>Zahlen Sie in der gesetzlichen Pflegeversicherung den Beitragszuschlag für Kinderlose?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
Eintragungen in der Lohnsteuerkarte	
23.	<p>Steuerklasse Zahl der Kinderfreibeträge</p> <p>_____</p>
24.	<p>monatlicher Freibetrag gültig seit</p> <p>_____</p>
25.	<p>Kirchensteuerabzug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Name des Arbeitgebers _____

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____ Kunden-Nr. Insg _____

Vorschuss	
26.	<p>Ich beantrage</p> <p><input type="checkbox"/> (vorerst) keinen Vorschuss.</p> <p><input type="checkbox"/> einen angemessenen Vorschuss auf das zu erwartende Insolvenzgeld.</p> <p>Bitte folgende Unterlagen beifügen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Letzte vollständige Arbeitsentgeltabrechnung oder eine gleichwertige Bescheinigung, sowie• eine schriftliche Erklärung des Arbeitgebers, des (vorläufigen) Insolvenzverwalters, eines für die Lohnabrechnung des Arbeitgebers zuständigen Arbeitnehmers (z.B. Lohnbuchhalter) oder des Betriebsrates, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang der Arbeitgeber Ihnen Arbeitsentgelt schuldet. <p>Mir ist bekannt, dass der Vorschuss auf das Insolvenzgeld angerechnet wird und zurückgezahlt werden muss, soweit Insolvenzgeld nicht oder nur in geringerer Höhe zusteht. Die Voraussetzungen für die Gewährung eines Vorschusses entnehmen Sie bitte dem Merkblatt 10 „Insolvenzgeld“.</p>
<p>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.</p>	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
Die Richtigkeit der Änderung/Ergänzung wird bescheinigt:	
_____	_____
Unterschrift des Antragnehmers	Unterschrift des Antragstellers
<p>Hinweise zu den Ansprüchen auf Arbeitsentgelt (siehe nachfolgende Seite 5):</p> <p>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 die letzten drei Monate 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 „Insolvenzgeld“ entnehmen.</p>	

Name des Arbeitgebers _____

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____ Kunden-Nr. Insg _____

weitere Angaben zum nicht gezahlten Arbeitsentgelt						
A1	Entgeltabrechnungszeiträume (aufgeschlüsselt nach Monaten)	vom _____ bis _____				
A2	Brutto-Arbeitsentgelt (höchstens bis zur <u>monatlichen</u> Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung einschl. Sonderzahlungen und vermögenswirksamer Leistungen des Arbeitgebers) Übersteigt das tatsächliche Brutto die monatliche Beitragsbemessungsgrenze bitte Nachweis (Lohnabrechnung) beifügen!					
A3	Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile A2) enthaltene Sonderzahlungen (wiederkehrende oder einmalige Zuwendungen, wie z.B. Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld, Provisionen oder Gewinnbeteiligungen) sowie Sachbezüge (z.B. Dienst-Kfz, Dienstwohnung) Art _____ Art _____ Art _____	davon	davon	davon	davon	davon
A4	Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile A2) enthaltene Entgeltumwandlung , sofern Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge nicht mehr abgeführt wurden <input type="checkbox"/> Pensionsfonds <input type="checkbox"/> Pensionskasse <input type="checkbox"/> Direktversicherung Versorgungsträger _____	davon	davon	davon	davon	davon
A5	AG-Beitragszuschuss zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung bis zum gesetzlichen Höchstbetrag					
A6	Gesetzliche Abzüge Lohnsteuer, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag, Winterbeschäftigungs-Umlage					
A7	Sozialversicherungsbeiträge (nur gesetzlicher Arbeitnehmeranteil, nicht freiwillige oder private Beiträge zur Kranken-, Renten- bzw. sozialen Pflegeversicherung)					
A8	Zur Erfüllung des Arbeitsentgeltsanspruchs bewirkte Leistungen Aufrechnungen seitens des Arbeitgebers (z.B. mit Ansprüchen auf Darlehensrückzahlung)					
A9	Bereits gezahltes Arbeitsentgelt (z.B. Abschläge, Sachbezüge, Zahlungen an Dritte im Auftrag des Arbeitnehmers)					
A10	Zwischensumme (Zeile A2 abzüglich Zeilen A6 bis A9)					
A11	Noch nicht durchgeführte Abzweigungen an Dritte Name des Dritten _____ Art des Rechts <input type="checkbox"/> Pfändungen <input type="checkbox"/> Verpfändungen <input type="checkbox"/> Abtretungen auf Grund <input type="checkbox"/> Forderungskaufvertrag <input type="checkbox"/> Darlehen <input type="checkbox"/> gesetzliche Forderungsübergänge					
A12	Ansprüche Dritter im Rahmen einer Vorfinanzierung Vorfinanzierender _____					
A13	Noch nicht ausgezahltes Netto-Arbeitsentgelt (Zeile A10 abzüglich Zeilen A11 und A12)					
A14	Zzgl. AG-Beitragszuschuss zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung (sh. Zeile A5) noch nicht ausgezahlt bzw. abgeführt					

Ort, Datum		Unterschrift des Antragstellers				