

Antrag auf Insolvenzgeld (Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer)



Bundesagentur für Arbeit

Eintragung erfolgt durch die Agentur für Arbeit

Tag der Antragstellung / Nz. Agentur / Team

Eingangsstempel der Agentur für Arbeit

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

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

2. Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

3. Kundennummer (Arbeitslosengeld)

Versicherungsnummer (Rentenversicherung)

4. Anschrift (Straße, Hausnummer)

Anschriftenzusatz (wohnhaft bei)

Postleitzahl, Wohnort

5. Telefon

E-Mail

6. Bankleitzahl

Kontonummer

Geldinstitut

BIC

IBAN

Ist die Antragstellerin/der Antragsteller mit der Kontoinhaberin/dem Kontoinhaber identisch?

Ja

Nein

Wenn nein: Name und Vorname

der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers _____

Angaben zur zahlungsunfähigen Arbeitgeberin/zum zahlungsunfähigen Arbeitgeber

7. Name und Anschrift (Hauptsitz)

Anschrift der Lohnabrechnungsstelle, wenn diese von der o.a. Anschrift abweicht

8. Name und Anschrift Geschäftsführer/in / Inhaber/in oder sonst für die Firma Verantwortliche/n

Angaben zum Insolvenzereignis

9. Falls bekannt, bitte angeben:

Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens _____

Tag der Abweisung des Insolvenzantrages mangels Masse _____

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.

Verfahren beantragt am _____ beim Insolvenzgericht _____

AZ: _____

10. Haben Sie in Unkenntnis des Insolvenzereignisses

- weitergearbeitet oder

Ja Nein

- die Arbeit aufgenommen?

Ja Nein

Wenn ja: letzter Arbeits-/Urlaubs-/Krankheitstag _____

Wann und wodurch haben Sie von dem Insolvenzereignis Kenntnis erlangt?

Angaben zum Arbeitsverhältnis

11. Beschäftigt gewesen als _____

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

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

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 Sozialgesetzbuch Viertes Buch - der Clearingstelle der DRV-Bund festgestellt?

Ja Nein

Wenn ja: bitte Kopie beifügen.

Wenn nein: bitte das entsprechende Zusatzblatt zur Beurteilung beifügen. Sie erhalten es bei der Agentur für Arbeit oder über das Internet (www.arbeitsagentur.de).

13. Ist Ihr Arbeitsverhältnis mit vorgenannter 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 dieser Arbeitgeberin/diesem Arbeitgeber aufgenommen?

Ja Nein

Wenn ja: bitte Beschäftigungszeiten angeben _____

Name Arbeitgeber/in _____

Name, Vorname Arbeitnehmer/in _____ Kunden-Nr. Insg _____

Angaben zum Arbeitsentgelt

14. Für welchen Monat wurde erstmalig kein Arbeitsentgelt gezahlt (auch teilweise)?

Wurde die Nichtzahlung des Arbeitsentgelts mit **Zahlungsunfähigkeit** begründet? 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/in _____

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.

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 oder bezogen? Ja Nein

Wenn ja:

bei der Agentur für Arbeit/Geschäftsstelle _____

Leistung _____ ab _____

beim zuständigen Träger der Grundsicherung (Jobcenter) _____

Arbeitslosengeld II ab _____ BG-Nummer _____

bei _____

Leistung _____ ab _____ Geschäftszeichen _____

18. Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld beantragen, ein neues Arbeitsverhältnis eingegangen oder haben Sie eine selbständige Tätigkeit aufgenommen? Ja Nein

Wenn ja: ab _____ Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers:

Das Netto-Arbeitsentgelt/Entgelt hieraus beträgt wöchentlich monatlich

_____ € Bitte Nachweis beifügen.

19. Beziehen Sie eine der unten genannten Renten? Ja Nein
Oder haben Sie eine solche Rente beantragt? Ja Nein

Wenn ja:

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wegen Berufsunfähigkeit für Bergleute

bei dem Rententräger _____

ab _____ Geschäftszeichen _____

Name Arbeitgeber/in _____

Name, Vorname Arbeitnehmer/in _____ Kunden-Nr. Insg _____

Angaben zur Sozialversicherung

20. Welcher Krankenkasse haben Sie während Ihrer letzten Beschäftigung angehört?

Name der Krankenkasse _____

Ich war pflichtversichert. freiwillig/privat versichert.

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

Lohnsteuermerkmale

23. Steuerklasse _____ Zahl der Kinderfreibeträge _____

24. monatlicher Freibetrag _____ gültig seit _____

25. Kirchensteuerabzug Ja Nein

26. Steuer-Identifikationsnummer _____

Vorschuss

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

Bitte folgende Unterlagen beifügen:

- Letzte vollständige Arbeitsentgeltabrechnung oder eine gleichwertige Bescheinigung sowie
- eine schriftliche Erklärung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, der/des (vorläufigen) Insolvenzverwalterin/Insolvenzverwalters, einer für die Lohnabrechnung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers zuständigen Person (z.B. Lohnbuchhalter/in) oder des Betriebsrates, **für welchen Zeitraum und in welchem Umfang** die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber Ihnen Arbeitsentgelt schuldet.

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".

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

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Die Richtigkeit der Änderung/Ergänzung wird bescheinigt:

Unterschrift Antragsannehmer/-in Agentur/Team

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 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 entnehmen.

Name Arbeitgeber/in _____

Name, Vorname Arbeitnehmer/in _____ Kunden-Nr. Insg _____

Anlage zum Antrag auf Insolvenzgeld

A1	Entgeltabrechnungszeiträume (aufgeschlüsselt nach Monaten)	vom _____ bis _____
A2	Brutto-Arbeitsentgelt (höchstens bis zur monatlichen Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung einschließlich Sonderzahlungen und vermögenswirksamer Leistungen der Arbeitgeberin/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 _____	_____
A4	Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile A2) enthaltene Entgeltumwandlung , sofern Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge nicht mehr abgeführt wurden Versorgungsträger/in _____	<input type="checkbox"/> Pensionsfonds <input type="checkbox"/> Pensionskasse <input type="checkbox"/> Direktversicherung
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 Arbeitsentgeltanspruchs bewirkte Leistungen (Aufrechnungen seitens der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, z.B. mit Ansprüchen auf Darlehensrückzahlung)	_____
A9	Bereits gezahltes Arbeitsentgelt (z.B. Abschläge, Sachbezüge, Zahlungen an Dritte im Auftrag der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers)	_____
A10	Zwischensumme (Zeile A2 abzüglich Zeilen A6 bis A9)	_____
A11	Noch nicht durchgeführte Abzweigungen an Dritte Name des Dritten _____ wegen: <input type="checkbox"/> Pfändung <input type="checkbox"/> Verpfändung <input type="checkbox"/> gesetzl. Forderungsübergang <input type="checkbox"/> Abtretung aufgrund <input type="checkbox"/> Forderungskaufvertrag <input type="checkbox"/> Darlehen	_____
A12	Ansprüche Dritter im Rahmen einer Vorfinanzierung Vorfinanzierende/r _____	_____
A13	Noch nicht ausgezahltes Netto-Arbeitsentgelt (Zeile A10 abzüglich Zeilen A11 bis A12)	_____
A14	Zzgl. AG-Beitragszuschuss zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung (siehe Zeile A5) noch nicht ausgezahlt bzw. abgeführt	_____
Ort, Datum _____		Unterschrift _____