Bundesagentur für Arbeit

Antrag auf Insolvenzgeld
(Arbeitnehmer)

Tag der Antragstellung/Nz. _____

Agentur/Team _____

Kunden-Nr. Insolvenzgeld

Insg _____

Eintragung erfolgt durch Agentur für Arbeit

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

3

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? ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn nein, Name, Vorname des Kontoinhabers _____

Angaben zum Arbeitgeber

7. Name und Anschrift des zahlungsunfähigen Arbeitgebers

   Es handelt sich um den Hauptsitz des Unternehmens ☐ Ja ☐ Nein

   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:

   ☐ 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. _____

Name des Arbeitgebers _____

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

10.	Haben Sie in Unkenntnis des Insolvenzereignisses - weitergearbeitet oder - die Arbeit aufgenommen? **Wenn ja:** letzter Arbeits-/Urlaubs-/Krankheitstag _____ Wann und wodurch haben Sie von dem Insolvenzereignis Kenntnis erlangt? _____	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein
	Angaben zum Arbeitsverhältnis	
11.	Beschäftigt gewesen als _____	
12.	Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld beantragen, • geschäftsführender Gesellschafter oder nur Gesellschafter gewesen? • mitarbeitender Angehöriger (z.B. Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, geschiedener Ehegatte, Lebensgefährte, Verwandter, sonst. Familienangehöriger) des zahlungsunfähigen Arbeitgebers gewesen? **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? **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). • Vorstandsmitglied der Aktiengesellschaft gewesen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein
13.	Ist Ihr Arbeitsverhältnis mit vorgenanntem Arbeitgeber unter Einhaltung der Schriftform (§ 623 BGB) gelöst? **Wenn ja:** ☐ durch Kündigung des Insolvenzverwalters/Arbeitgebers zum _____ Haben Sie gegen die Kündigung Klage erhoben oder beabsichtigen Sie Klage zu erheben? **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? **Wenn ja,** bitte Beschäftigungszeiten angeben _____	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein
	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? **Wenn ja:** beim Arbeitsgericht _____ Az. _____ **Hinweis:** Bitte Klageschrift sowie ein bereits ergangenes Urteil in Kopie beifügen.	☐ Ja ☐ Nein
16.	Haben Sie Arbeitsentgelt zugunsten einer betrieblichen Altersversorgung nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 des Betriebsrentengesetzes in den Durchführungswegen Pensionsfonds, Pensionskasse oder Direktversicherung umgewandelt? **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 § 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.	☐ Ja ☐ Nein

Name des Arbeitgebers _____

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

	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? **Wenn ja:** ☐ bei der Agentur für Arbeit/Geschäftsstelle _____ Leistung _____ ab _____ ☐ beim zuständigen Träger der Grundsicherung (z.B. ARGE) _____ Arbeitslosengeld II ab _____ BG-Nummer _____ ☐ bei _____ Leistung _____ ab _____ Geschäftszeichen _____	☐ Ja ☐ Nein
18.	Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld beantragen, ein neues Arbeitsverhältnis eingegangen oder haben Sie eine selbständige Tätigkeit aufgenommen? **Wenn ja:** ab _____ Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____ Das Netto-Arbeitsentgelt/Entgelt hieraus beträgt ☐ wöchentlich ☐ monatlich _____ €. Bitte Nachweis beifügen.	☐ Ja ☐ Nein
19.	Beziehen Sie eine der unten genannten Renten? Oder haben Sie eine solche Rente beantragt? **Wenn ja:** Rente ☐ wegen teilweiser Erwerbsminderung, ☐ wegen Berufsunfähigkeit, ☐ für Bergleute bei dem Rententräger _____ ab _____ Geschäftszeichen _____	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein
	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? Wenn nein: Ich bin ☐ privat ☐ freiwillig rentenversichert bei: _____	☐ Ja ☐ Nein
22.	Zahlen Sie in der gesetzlichen Pflegeversicherung den Beitragszuschlag für Kinderlose?	☐ Ja ☐ Nein
	Eintragungen in der Lohnsteuerkarte	
23.	Steuerklasse Zahl der Kinderfreibeträge	
24.	monatlicher Freibetrag gültig seit	
25.	Kirchensteuerabzug	☐ Ja ☐ Nein
26.	Steuer-Identifikationsnummer	

Name des Arbeitgebers _____

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

Vorschuss

27. Ich beantrage

☐ (vorerst) keinen Vorschuss.

☐ einen angemessenen Vorschuss auf das zu erwartende Insolvenzgeld.

Bitte folgende Unterlagen beifügen:

- 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.

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 des Antragstellers

Die Richtigkeit der Änderung/Ergänzung wird bescheinigt:

_____ _____

Unterschrift des Antragannehmers Unterschrift 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 „Insolvenzgeld" entnehmen.

Name des Arbeitgebers _____

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____ 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 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
A4	Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile A2) **enthaltene Entgeltumwandlung**, sofern Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge **nicht mehr abgeführt** wurden ☐ Pensionsfonds ☐ Pensionskasse ☐ Direktversicherung Versorgungsträger _____	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 ☐ Pfändungen ☐ Verpfändungen ☐ Abtretungen auf Grund ☐ Forderungskaufvertrag ☐ Darlehen ☐ 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

DRUCKEN EINGABEN ZURÜCKSETZEN