

# 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](http://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. Bankverbindung / Geldinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

\_\_\_\_\_

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](http://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 der Antragnehmerin/des Antragnehmers

\_\_\_\_\_  
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	<b>Entgeltabrechnungszeiträume</b> (aufgeschlüsselt nach Monaten)	vom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A2	<b>Brutto-Arbeitsentgelt</b> (höchstens bis zur <b>monatlichen</b> Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung einschließlich Sonderzahlungen und vermögenswirksamer Leistungen der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers) <b>Übersteigt das tatsächliche Brutto die monatliche Beitragsbemessungsgrenze, bitte Nachweis (Lohnabrechnung) beifügen!</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A3	Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile A2) <b>enthaltene Sonderzahlungen</b> (wiederkehrende oder einmalige Zuwendungen, wie z.B. Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld, Provisionen oder Gewinnbeteiligungen) sowie <b>Sachbezüge</b> (z.B. Dienst-Kfz, Dienstwohnung)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Art _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Art _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Art _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A4	Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile A2) <b>enthaltene Entgeltumwandlung</b> , sofern Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge <b>nicht mehr abgeführt</b> wurden		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Versorgungsträger/in _____		<input type="checkbox"/> Pensionsfonds <input type="checkbox"/> Pensionskasse <input type="checkbox"/> Direktversicherung			
A5	<b>AG-Beitragszuschuss</b> zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung bis zum gesetzlichen Höchstbetrag		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A6	<b>Gesetzliche Abzüge</b> (Lohnsteuer, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag, Winterbeschäftigungs-Umlage)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A7	<b>Sozialversicherungsbeiträge</b> (nur gesetzlicher Arbeitnehmeranteil, nicht freiwillige oder private Beiträge zur Kranken-, Renten- bzw. sozialen Pflegeversicherung)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A8	<b>Zur Erfüllung des Arbeitsentgeltanspruchs bewirkte Leistungen</b> (Aufrechnungen seitens der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, z.B. mit Ansprüchen auf Darlehensrückzahlung)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A9	<b>Bereits gezahltes Arbeitsentgelt</b> (z.B. Abschläge, Sachbezüge, Zahlungen an Dritte im Auftrag der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A10	<b>Zwischensumme</b> (Zeile A2 abzüglich Zeilen A6 bis A9)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A11	Noch <b>nicht</b> durchgeführte <b>Abzweigungen an Dritte</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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 <b>Vorfinanzierung</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vorfinanzierende/r _____					
A13	Noch <b>nicht ausgezahltes Netto-Arbeitsentgelt</b> (Zeile A10 abzüglich Zeilen A11 bis A12)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A14	<b>Zzgl. AG-Beitragszuschuss</b> zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung (siehe Zeile A5) noch nicht ausgezahlt bzw. abgeführt		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum _____			Unterschrift _____			