



Name, Vorname (Antragsteller):		Stamm-/Kunden - Nr. Insg:	
9.	<p>Haben Sie</p> <p><input type="checkbox"/> in Unkenntnis eines Insolvenzereignisses weitergearbeitet oder</p> <p><input type="checkbox"/> die Arbeit aufgenommen?</p> <p>Wenn ja: letzter Arbeits-/Urlaubs-/Krankheitstag _____</p> <p>Wann und wodurch haben Sie von dem Insolvenzereignis Kenntnis erlangt?</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
10.	<p><b>Angaben zum Arbeitsverhältnis</b></p> <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 _____</p> <p>Aktenzeichen _____</p> <p>Hinweis: Liegt bereits ein Urteil vor, bitte Kopie des Urteils beifügen.</p> <p><input type="checkbox"/> durch eigene Kündigung zum _____</p> <p><input type="checkbox"/> durch _____ zum _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
11.	<p>Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld beantragen,</p> <p><input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer gewesen?</p> <p><input type="checkbox"/> mitarbeitender Angehöriger (z.B. Ehegatte, geschiedener Ehegatte, Lebensgefährte, Verwandter, sonst. Familienangehöriger) des zahlungsunfähigen Arbeitgebers gewesen?</p> <p>Hinweis: Für jede der vorgenannten Fallgestaltungen bitte den Feststellungsbogen zur versicherungsrechtlichen Beurteilung beifügen. Den Feststellungsbogen erhalten Sie beim Arbeitsamt.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
12.	<p>Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld beantragen, ein neues Arbeitsverhältnis eingegangen oder haben Sie eine selbständige Tätigkeit aufgenommen?</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</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> DM/ <input type="checkbox"/> €. Bitte Nachweis beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
13.	<p>Haben Sie <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosenbeihilfe, Unterhaltsgeld, Übergangsgeld, Eingliederungshilfe oder <input type="checkbox"/> Krankengeld beantragt?</p> <p>Wenn ja:</p> <p><input type="checkbox"/> ab _____ beim Arbeitsamt/Geschäftsstelle _____</p> <p>Kundennummer _____</p> <p><input type="checkbox"/> ab _____ bei der Krankenkasse _____</p> <p>Geschäftszeichen _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
14.	<p>Haben Sie wegen des Arbeitsentgelts, für das Sie Insolvenzgeld beantragen, Klage beim Arbeitsgericht erhoben?</p> <p>Wenn ja: beim Arbeitsgericht _____</p> <p>Aktenzeichen _____</p> <p>Hinweis: Liegt bereits ein Urteil vor, bitte Original des Urteils beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
15.	<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>		