



Name, Vorname (Antragsteller):		Stamm-/Kunden - Nr. Insg:
9.	<p>Haben Sie  <input type="checkbox"/> in Unkenntnis eines Insolvenzereignisses weitergearbeitet oder  <input type="checkbox"/> die Arbeit aufgenommen?  <b>Wenn ja:</b> letzter Arbeits-/Urlaubs-/Krankheitstag _____  Wann und wodurch haben Sie von dem Insolvenzereignis Kenntnis erlangt?  _____</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.	<p><b>Angaben zum Arbeitsverhältnis</b></p> <p>Ist Ihr Arbeitsverhältnis mit vorgenanntem Arbeitgeber unter Einhaltung der Schriftform (§ 623 BGB) gelöst ?  <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein  <b>Wenn ja:</b>  <input type="checkbox"/> durch Kündigung des Insolvenzverwalters/Arbeitgebers zum _____  Haben Sie gegen die Kündigung Klage erhoben oder beabsichtigen Sie Klage zu erheben?  <b>Wenn ja:</b> beim Arbeitsgericht _____  Aktenzeichen _____  <b>Hinweis:</b> Liegt bereits ein Urteil vor, bitte Kopie des Urteils beifügen.  <input type="checkbox"/> durch eigene Kündigung zum _____  <input type="checkbox"/> durch _____ zum _____</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11.	<p>Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld beantragen,  <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer gewesen?  <input type="checkbox"/> mitarbeitender Angehöriger (z.B. Ehegatte, geschiedener Ehegatte, Lebensgefährte, Verwandter, sonst. Familienangehöriger) des zahlungsunfähigen Arbeitgebers gewesen?  <b>Hinweis:</b> Für jede der vorgenannten Fallgestaltungen bitte den Feststellungsbogen zur versicherungsrechtlichen Beurteilung beifügen. Den Feststellungsbogen erhalten Sie beim Arbeitsamt.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12.	<p>Sind Sie in der Zeit, für die Sie Insolvenzgeld beantragen, ein neues Arbeitsverhältnis eingegangen oder haben Sie eine selbständige Tätigkeit aufgenommen?  <b>Wenn ja:</b> ab _____  Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____  Das Netto-Arbeitsentgelt/Entgelt hieraus beträgt <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich  _____ <input type="checkbox"/> DM/ <input type="checkbox"/> €. Bitte Nachweis beifügen.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13.	<p>Haben Sie <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosenbeihilfe, Unterhaltsgeld, Übergangsgeld, Eingliederungshilfe oder <input type="checkbox"/> Krankengeld beantragt?  <b>Wenn ja:</b>  <input type="checkbox"/> ab _____ beim Arbeitsamt/Geschäftsstelle _____  Kundennummer _____  <input type="checkbox"/> ab _____ bei der Krankenkasse _____  Geschäftszeichen _____</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14.	<p>Haben Sie wegen des Arbeitsentgelts, für das Sie Insolvenzgeld beantragen, Klage beim Arbeitsgericht erhoben?  <b>Wenn ja:</b> beim Arbeitsgericht _____  Aktenzeichen _____  <b>Hinweis:</b> Liegt bereits ein Urteil vor, bitte <b>Original</b> des Urteils beifügen.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15.	<p>Welcher Krankenkasse haben Sie während Ihrer letzten Beschäftigung angehört?  Name der Krankenkasse _____  Ich war <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig/privat versichert.</p>	