

Antrag auf <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Teilarbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bei Teilnahme an einer berufl. Weiterbildung			
Dienststelle	Agentur für Arbeit Kiel	Arbeitslosmeldung	Antrag angenommen am: _____ (Hz. Dat.)
Kunden-Nr.		mit Wirkung zum	
OrgE			Eingangsstempel der Agentur für Arbeit
1. Persönliche Daten			
Familienname			pers. ASU-Meldung am: _____
Rufname			Arbeit ab: _____
Titel			Krank ab: _____
Straße/Platz Hausnummer ggf. zu erreichen bei			Sonstiges: _____
PLZ, Wohnort			
Rentenversicherungsnummer: _____			Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig
Steuer-Identifikationsnummer: _____			Seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet
Bankleitzahl _____ Konto-Nr. _____			<input type="checkbox"/> geschieden
Kreditinstitut _____			<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend
Die/der Antragsteller/in muss mit der/dem Kontoinhaber/in identisch sein (siehe Erläuterung zum Antrag).			<input type="checkbox"/> verwitwet
			<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
2. Angaben zur Arbeitslosigkeit, Nebenverdienst und Verfügbarkeit (siehe Merkblatt 1 für Arbeitslose-Abschnitte 2 und 10)			
2a Ich werde alle Möglichkeiten nutzen, um meine Beschäftigungslosigkeit zu beenden (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 2.4 und Erläuterung zum Antrag).			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2b Ich übe eine Nebenbeschäftigung/-tätigkeit als Arbeitnehmer/in, Selbständige/r oder mithelfende/r Familienangehörige/r aus oder werde eine solche aufnehmen (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 10 und Falblatt „Wissenswertes zum Thema Nebeneinkommen“). *)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<u>Wenn ja:</u> ab/seit _____ bis _____ Tätigkeit _____ ggf. Arbeitgeber/in _____ wöchentliche Stundenzahl _____ (voraussichtliches) Entgelt EUR _____ monatlich netto			
2c Ich übe eine / mehrere ehrenamtliche Tätigkeit(en) aus.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<u>Wenn ja:</u> ab/seit _____ bis _____ Tätigkeit _____ Organisation _____ wöchentliche Stundenzahl _____ Einkünfte EUR _____ monatlich			
2d Ich bin arbeitsunfähig krank geschrieben seit _____ bis _____ (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 2).			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2e Ich kann bestimmte Beschäftigungen nicht mehr ausüben oder muss mich zeitlich einschränken (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 2.5)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<u>Wenn ja:</u> <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gründe Bei einer ärztlichen Begutachtung bin ich bereit, mich im Rahmen des festgestellten Leistungsvermögens für die Vermittlung zur Verfügung zu stellen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Andere zwingende Gründe (z.B. Betreuung und Pflege) _____ _____			
Bei Erfüllung von Betreuungsaufgaben: Die Betreuung ist sichergestellt, wenn ich diese nicht übernehmen kann. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

*) Bei der Agentur für Arbeit erhältlich.

2f Ich will ohne zwingenden Grund nur noch zeitlich eingeschränkt arbeiten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
2g Bei Einschränkung der Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit (siehe Erläuterung zum Antrag): Wöchentliche Arbeitsstunden ohne Pausen/Wegezeiten höchstens: _____ Ggf. mit folgender Lage und Verteilung: z.B. Montag von 8-12 Uhr und Mittwoch von 14-17 Uhr <table border="1" data-bbox="204 279 1305 351"> <thead> <tr> <th>Montag</th> <th>Dienstag</th> <th>Mittwoch</th> <th>Donnerstag</th> <th>Freitag</th> <th>Samstag</th> <th>Sonntag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag														
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag															
2h Ich bin/werde Schüler/in oder Student/in einer Schule, Hochschule oder sonstigen Ausbildungsstätte (siehe Erläuterung zum Antrag). <u>Wenn ja:</u> ab: _____ bis voraussichtlich: _____ Zur Prüfung, ob Sie ggf. für diesen Zeitraum einen Anspruch auf Leistung haben, füllen Sie bitte das Zusatzblatt für Schüler/innen/ Studenten/Innen aus. *)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
3. Weitere Angaben für die Leistungsgewährung (siehe Merkblatt 1 für Arbeitslose - Abschnitt 3)																					
3a Ich habe mich bereits in der Vergangenheit bei einer Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet und/oder Leistungen (Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei Weiterbildung, Arbeitslosenhilfe) beantragt/bezogen. <u>Wenn ja:</u> Kunden-Nr.: _____ Jahr: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
3b Ich habe innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung folgende Zeiten zurückgelegt (siehe Erläuterung zum Antrag): <table border="1" data-bbox="217 784 1294 995"> <thead> <tr> <th>von</th> <th>bis</th> <th>Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger</th> <th>beschäftigt/tätig als/Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	von	bis	Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung																	
von	bis	Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung																		
3c Ich habe innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung bei einer/m Familienangehörigen /Ehegatten/in/ Lebenspartner/in gearbeitet oder war zum/zur Geschäftsführer/in bestellt (siehe Erläuterung zum Antrag). <u>Wenn ja:</u> Diese Beschäftigung wurde als versicherungspflichtige Beschäftigung von der Krankenkasse/ Deutschen Rentenversicherung/Clearingstelle anerkannt (bitte Bescheid vorlegen). <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <u>Wenn nein:</u> Bitte Hinweise in den Erläuterungen zum Antrag auf Arbeitslosengeld beachten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
3d Ich habe einen gesundheitlichen Schaden erlitten (z.B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel-/Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung) und bin deshalb arbeitslos geworden (siehe Erläuterung zum Antrag). <u>Wenn ja:</u> Füllen Sie bitte – soweit noch nicht geschehen – den Unfallfragebogen aus. *)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
3e Ich erhalte noch Zahlungen von ehemaligen Arbeitgebern/innen für Zeiten nach meinem Ausscheiden (z.B. Urlaubsabgeltung oder Entlassungsentschädigung) oder ich erhebe solche Ansprüche (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 7.2 und Erläuterung zum Antrag). <u>Wenn ja:</u> Arbeitgeber/in _____ Anspruch auf _____ Wenn Sie Klage bei einem Arbeitsgericht erhoben haben: Gericht/AZ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
3f Ich bin vor dem 01.01.1955 geboren und habe vor dem 01.01.2007 mit meinem Arbeitgeber Altersteilzeit vereinbart. <u>Wenn ja:</u> Bitte Altersteilzeitvereinbarung vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
4. Angaben zu anderen Leistungen (siehe Merkblatt 1 für Arbeitslose - Abschnitt 7)																					
Ich habe noch (eine) andere Leistung(en) bezogen, beantragt oder beziehe sie bereits (siehe Erläuterung zum Antrag). <u>Wenn ja:</u> welche: _____ von/bei: _____ <input type="checkbox"/> Bezug von: _____ bis: _____ in Höhe von: _____ Legen Sie bitte Bescheide/Nachweise vor. <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ für die Zeit ab: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				

*) Bei der Agentur für Arbeit erhältlich.

5. Angaben zur Lohnsteuerklasse und zu Kindern (siehe Merkblatt 1 für Arbeitslose - Abschnitt 4)

5a Meine zu Beginn des Jahres geltende Lohnsteuerklasse _____

Die Eintragung wurde im Laufe des Jahres geändert.

Ja Nein

Wenn ja: neue Lohnsteuerklasse _____, wirksam ab _____

Mein Ehegatte und ich haben aktuell das Faktorverfahren gewählt.

Ja Nein

Wenn ja: Bitte den aktuellen Faktor angeben: _____

Wenn Sie die Lohnsteuerklasse mit Ihrer Ehegattin/Ihrem Ehegatten gewechselt haben, legen Sie bitte die Verdienstrachweise für den Monat des Steuerklassenwechsels vor (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 4.2).

5b Ich habe/ mein(e) Ehegatte/in/ mein(e) Lebenspartner/in hat mindestens ein leibliches Kind, angenommenes Kind oder Pflegekind (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 4.3 und Erläuterung zum Antrag).

Ja Nein

Wenn ja: Steht für ein Kind Kindergeld zu oder wird der Kinderfreibetrag in Anspruch genommen? Ja Nein

Wenn ja: Legen Sie bitte Bescheide/Nachweise vor.

Bitte teilen Sie das Geburtsdatum des jüngsten Kindes mit: _____

6. Angaben für die Sozialversicherung bei Leistungsbezug (siehe Merkblatt 1 für Arbeitslose - Abschnitt 9)

6a Ich war unmittelbar vor der Arbeitslosigkeit/Maßnahme pflichtversichert in der Kranken- und Pflegeversicherung.

Ja Nein

Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse _____

Ich habe eine andere Krankenkasse gewählt. Ja Nein

Wenn ja: Neue Krankenkasse _____ seit _____

Legen Sie bitte die Mitgliedsbescheinigung vor.

Wenn Sie nicht pflichtversichert waren, füllen Sie bitte das Zusatzblatt „Sozialversicherung der Leistungsbezieher“ aus. *)

6b Ich war unmittelbar vor Beginn der Arbeitslosigkeit/Maßnahme pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Ja Nein

Wenn ja: Ich gehöre wegen meiner bisherigen Beschäftigung der knappschaftlichen Rentenversicherung an (höherer Beitragssatz). Ja Nein

Wenn ja: Betriebsnummer meines Arbeitgebers: _____

Wenn Sie nicht pflichtversichert waren, füllen Sie bitte das Zusatzblatt „Sozialversicherung der Leistungsbezieher“ aus. *)

Ich versichere, dass meine Angaben zutreffen. Änderungen werde ich unverzüglich anzeigen. Das Merkblatt 1 für Arbeitslose habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass für die Leistungszahlung erforderliche Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden.

Nur zu unterschreiben bei Änderungen bzw. Ergänzungen:
Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Antragsannahme der Agentur für Arbeit vorgenommenen Änderungen bzw. Ergänzungen bei den Fragen:

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/
der Antragstellerin

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/
der Antragstellerin

Bei Minderjährigen:
Ich habe von dem Antrag Kenntnis genommen.

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreters/in
(siehe Erläuterung zum Antrag)

*) Bei der Agentur für Arbeit erhältlich.