

Formular zur Arbeitslosigkeit

ALV_Entgelt

Bitte senden Sie uns dieses Formular vollständig ausgefüllt und mit den benötigten Nachweisen an G_ALV-plus@ruv.de.

– Eckdaten zur Versicherung –

Versicherungsschein-Nr.: 93 147094345

– Meine Angaben (versicherte Person) –

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Personalnummer: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Bitte beachten Sie nachfolgende Punkte und beantworten diese gut leserlich.

1. Benötigte Nachweise für eine Leistungsprüfung. Fügen Sie bitte Kopien bei Rücksendung des Formulars an uns bei.
 - a. Kündigungsschreiben oder Aufhebungsvertrag
 - b. Anspruchsbescheid oder 1. Bewilligungsbescheid ALG I der Agentur für Arbeit
 - c. Beigefügte Bescheinigung des ehemaligen Arbeitgebenden

2. Angabe der gewünschten Bankverbindung für eine mögliche Entschädigungsleistung

IBAN: _____

Kontoinhabende: _____

3. Sofern das letzte Arbeitsverhältnis auf Ihre Initiative beendet wurde:

Haben Sie in den letzten 3 Monaten unmittelbar vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses kein Gehalt bekommen?

☐ ja ☐ nein

Wichtig – Wenn ja, schicken Sie bitte Nachweise über die ausgebliebenen Gehaltszahlungen mit, z. B. Bestätigung des Arbeitgebenden oder Ihre Aufforderung an den Arbeitgebenden zur Gehaltszahlung.

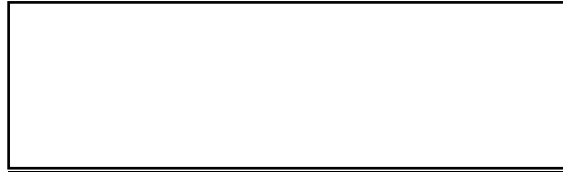
4. Bei einer Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses auf Initiative des Arbeitgebenden:

Haben Sie Klage gegen die Beendigung des Arbeitsverhältnisses eingereicht? ☐ ja ☐ nein

Wichtig – Wenn ja, schicken Sie uns bitte eine Kopie des Urteils oder Verfahrens.

Es wird versichert, dass die Nachweise und getätigten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen unrichtiger Nachweise und Angaben meinen Versicherungsschutz verlieren kann.

Ort, Datum



Unterschrift der versicherten Person

Angaben Arbeitnehmende:

Name _____

Vorname _____

Versicherungsschein-Nr.: 93 147094345

– Bescheinigung des ehemaligen Arbeitgebenden –

Firmenname: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Bitte beantworten Sie alle Punkte gut leserlich.

1. Das Arbeitsverhältnis wurde am _____ gekündigt und zum _____ beendet.

2. Das Arbeitsverhältnis war zeitlich befristet bis zum _____.

3. Der Arbeitnehmende hatte am Ende des Arbeitsverhältnisses den Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. ☐ ja ☐ nein4. Es bestand ein deutsches sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis. ☐ ja ☐ nein5. Es handelte sich um kein Ausbildungs-, Probearbeits- oder Saisonarbeitsverhältnis. ☐ ja ☐ nein6. Der Arbeitnehmende war bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 6 Monate im Unternehmen beschäftigt. ☐ ja ☐ nein7. Die wöchentliche Arbeitszeit vor Eintritt der Arbeitslosigkeit hat mindestens 15 Stunden betragen. ☐ ja ☐ nein8. Das Arbeitsverhältnis bestand nicht beim Ehegatten, Lebenspartner, mit einem in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten oder mit einem Verwandten oder mit einem Unternehmen, bei dem eine der vorgenannten Personen oder der Arbeitnehmende auch nur Mitgesellschafter ist. ☐ ja ☐ nein

9. Wer hat die Kündigung ausgesprochen bzw. auf wessen Initiative wurde der Aufhebungsvertrag geschlossen?

☐ Arbeitgebende ☐ Arbeitnehmende

10. Welche Gründe führten zu der Kündigung oder Vereinbarung eines Aufhebungsvertrags?

Bitte machen Sie auch dann Angaben, wenn das Kündigungsschutz-Gesetz hierfür keine Anwendung findet:

☐ **betriebsbedingte Gründe**, z. B. Umsatzrückgang, Fusion, Betriebsschließung, Betriebsverlagerung, Insolvenz, usw.

- ☐ **personenbedingte Gründe**, z. B. fehlende Eignung des Arbeitnehmenden, Entzug der Fahrerlaubnis, usw.
- ☐ **verhaltensbedingte Gründe**, z. B. schuldhaftes Fehlverhalten des Arbeitnehmenden, usw.
- ☐ **sonstige Gründe**; bitte erläutern Sie diese:

Es wird versichert, dass die getätigten Angaben richtig und vollständig sind. Es ist bekannt, dass wegen unrichtiger Angaben die versicherte Person ihren Versicherungsschutz verlieren kann.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebenden