



3

Kunden-Nr. Insolvenzgeld:

Insg _____

Die Bescheinigung ist nach § 314 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) auszustellen:

- vom Insolvenzverwalter oder Treuhänder, wenn ein Insolvenzverfahren eröffnet worden ist.
- vom Arbeitgeber, wenn ein Insolvenzverfahren nicht eröffnet worden ist.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Ausfüllen der Insolvenzgeldbescheinigung (Vordruck Insg 4a). Sie sind bei der Agentur für Arbeit oder auch im Internet unter www.arbeitsagentur.de erhältlich.

1 Angaben zu den persönlichen Daten des Arbeitnehmers

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____

Geburtsdatum _____

Eintragungen in der Lohnsteuerkarte:

Steuerklasse (ggf. mit Faktor) _____

Zahl der Kinderfreibeträge _____

monatlicher Freibetrag _____

Kirchensteuerabzug Ja Nein

2 Angaben zum Arbeitsverhältnis

Name, Anschrift des zahlungsunfähigen Arbeitgebers _____

Betriebsnummer(n) - 8-stellig: _____

2.1 Angaben zum Beginn und zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Beginn des Arbeitsverhältnisses _____

Ist das Arbeitsverhältnis mit dem Arbeitnehmer gelöst? Ja Nein

Wenn ja:

durch schriftliche Kündigung des Arbeitgebers/Insolvenzverwalters zum _____

Wenn ja: Hat der Arbeitnehmer gegen die Kündigung Klage erhoben? Ja Nein

durch schriftliche Kündigung seitens des Arbeitnehmers zum _____

durch _____ zum _____

2.2 Angaben zur Lohnabrechnungsstelle

Liegt die für den Arbeitnehmer zuständige Lohnabrechnungsstelle außerhalb des in Zeile 2 angegebenen Ortes? **Wenn ja:** Anschrift der Lohnabrechnungsstelle Ja Nein

3 Angaben zum Insolvenzereignis

3.1 Tag der vollständigen Beendigung der Betriebstätigkeit _____

Wurde die Nichtzahlung des Arbeitsentgelts mit Zahlungsunfähigkeit begründet? Ja Nein

(immer angeben, es sei denn, dass spätestens an diesem Tag ein Insolvenzantrag gestellt worden war)

3.2 Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens _____

3.3 Tag der Abweisung des Insolvenzantrages mangels Masse _____

3.4 Angaben zur Weiterarbeit bzw. Arbeitsaufnahme nach dem Insolvenzereignis

Hat der Arbeitnehmer in Unkenntnis eines Insolvenzereignisses

- weitergearbeitet (auch Urlaub/Krankheit) oder Ja Nein

- die Arbeit aufgenommen? Ja Nein

Wenn ja: letzter Arbeits-/Urlaubs-/Krankheitstag _____

Name des Arbeitgebers _____

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____ Kunden-Nr. Insg _____

Hinweise zu den Ansprüchen auf Arbeitsentgelt (Zeilen 4 bis 8):

In den nachfolgenden Zeilen 4 bis 8 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 der Ziffer 3.4 der Ausfüllhinweise (Vordruck Insg 4a) entnehmen.

4 Angaben zum Bruttoarbeitsentgelt

4.1 Entgeltabrechnungszeiträume (aufgeschlüsselt nach Monaten) vom

--	--	--	--

 bis

--	--	--	--

4.2 Brutto-Arbeitsentgelt (höchstens bis zur **monatlichen Beitragsbemessungsgrenze** der Arbeitslosenversicherung einschließlich Sonderzahlungen und vermögenswirksamer Leistungen des Arbeitgebers, soweit keine Insolvenzversicherung besteht)

--	--	--	--

Übersteigt das tatsächliche Brutto die monatliche Beitragsbemessungsgrenze bitte Nachweis (Lohnabrechnung) beifügen!

4.3 Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile 4.2) enthaltene Sonderzahlungen (wiederkehrende oder einmalige Zuwendungen, wie z.B. Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld, Provisionen oder Gewinnbeteiligungen) sowie **Sachbezüge** (z.B. Dienst-Kfz, Dienstwohnung)

Art _____

--	--	--	--

Art _____

--	--	--	--

Art _____

--	--	--	--

4.4 Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile 4.2) enthaltene Entgeltumwandlung, sofern Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge **nicht mehr abgeführt** wurden (vgl. Ziffer 11 der Ausfüllhinweise - Insg 4a)

--	--	--	--

Versorgungsträger _____ Pensionsfonds Pensionskasse Direktversicherung

4.5 AG-Beitragszuschuss zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung bis zum gesetzlichen Höchstbetrag

--	--	--	--

5 Angaben zu den Abzügen

5.1 Gesetzliche Abzüge (Lohnsteuer, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag, Winterbeschäftigungs-Umlage)

--	--	--	--

5.2 Sozialversicherungsbeiträge (nur gesetzlicher Arbeitnehmeranteil, nicht freiwillige oder private Beiträge zur Kranken-, Renten- bzw. sozialen Pflegeversicherung)

--	--	--	--

5.3 Zur Erfüllung des Arbeitsentgeltanspruchs bewirkte Leistungen (Aufrechnungen seitens des Arbeitgebers, z.B. mit Ansprüchen auf Darlehensrückzahlung)

--	--	--	--

5.4 Bereits gezahltes Arbeitsentgelt (z.B. Abschläge, Sachbezüge, Zahlungen an Dritte im Auftrag des Arbeitnehmers)

--	--	--	--

6 Zwischensumme (Zeile 4.2 abzüglich Zeilen 5.1 bis 5.4)

--	--	--	--

Name des Arbeitgebers _____

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____ Kunden-Nr. Insg _____

7 Angaben zum rückständigen Nettoarbeitsentgelt				
7.1 Noch nicht durchgeführte Abzweigungen an Dritte	<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				
7.2 Ansprüche Dritter im Rahmen einer Vorfinanzierung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorfinanzierender _____				
7.3 Noch nicht ausgezahltes Netto-Arbeitsentgelt (Zeile 6 abzüglich Zeilen 7.1 und 7.2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.4 Zzgl. AG-Beitragszuschuss zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung (siehe Zeile 4.5) noch nicht ausgezahlt bzw. abgeführt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8 Angaben bei Teillohnzahlungszeiträumen
Zusätzlich Angaben für Lohnabrechnungszeiträumen, die vor dem 3-Monatszeitraum (Insolvenzgeld-Zeitraum) beginnen oder nach diesem Zeitraum enden. Von den in Zeile 7.3 und 7.4 angegebenen Beträgen entfallen
8.1 <input type="checkbox"/> auf die Zeit vor dem 3-Monatszeitraum (Zeitraum vom _____ bis _____) ein Betrag i.H. von _____ €
8.2 <input type="checkbox"/> auf die Zeit nach dem 3-Monatszeitraum (Zeitraum vom _____ bis _____) ein Betrag i.H. von _____ €

9 Erläuterungen zum Anspruch auf Arbeitsentgelt
9.1 Hat der Arbeitnehmer wegen der in Zeile 4.2 aufgeführten Leistungen Klage beim Arbeitsgericht erhoben? Wenn ja: Bitte Unterlagen vorlegen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9.2 Macht der Arbeitgeber für die Entgeltabrechnungszeiträume (Zeile 4.1) noch Leistungen der BA (z.B. Kurzarbeitergeld, Eingliederungszuschüsse, Lohnkostenzuschüsse, Beschäftigungshilfen für diesen Arbeitnehmer geltend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: Art _____ Zeitraum _____ Höhe _____ €
9.3 Nur vom Insolvenzverwalter/Treuhänder auszufüllen: Haben Sie entsprechend den Vorschriften der Insolvenzordnung (InsO) eine Vereinbarung über das Bruttoarbeitsentgelt (Zeile 4.2) angefochten bzw. von Ihrem Leistungsverweigerungsrecht Gebrauch gemacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nein: Sind Gründe bekannt, die eine Anfechtung einer Vereinbarung über das Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile 4.2) entsprechend den Vorschriften der InsO rechtfertigen könnten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

10 Erklärungen zum Übergang bestehender Ansprüche auf die Bundesagentur für Arbeit
Mir ist bekannt, dass gem. § 187 SGB III die Ansprüche auf Arbeitsentgelt, die den Anspruch auf Insolvenzgeld begründen, mit Stellung des Antrages auf Insolvenzgeld auf die Bundesagentur für Arbeit übergehen bzw. übergegangen sind. Die in Zeilen 7.3 - 7.4 bescheinigten Ansprüche sind nicht erfüllt, verjährt oder aufgrund tariflicher Ausschlussfristen verfallen. Die Erläuterungen zum Ausfüllen der Insolvenzgeldbescheinigung sind mir bekannt und wurden beachtet.

Name und Anschrift des Insolvenzverwalters / Treuhänders / Arbeitgebers (Stempel) _____	Ort, Datum _____ _____ Unterschrift des Insolvenzverwalters / Treuhänders / Arbeitgebers
--	--