


Antrag auf <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Teilarbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bei Teilnahme an einer berufl. Weiterbildung		 3	
Dienststelle Kunden-Nr. OrgE	Agentur für Arbeit Kiel	Arbeitslosmeldung mit Wirkung zum	Antrag angenommen am: _____ (Hz. Dat.) Eingangsstempel der Agentur für Arbeit
1. Persönliche Daten			
Familienname <hr/> Rufname <hr/> Titel <hr/> Straße/Platz Hausnummer ggf. zu erreichen bei <hr/> PLZ, Wohnort <hr/>	pers. ASU-Meldung am: _____ Arbeit ab: _____ Krank ab: _____ Sonstiges: _____		
Rentenversicherungsnummer: _____ Steuer-Identifikationsnummer: _____ Bankleitzahl _____ Konto-Nr. _____ Kreditinstitut _____ Die/der Antragsteller/in muss mit der/dem Kontoinhaber/in identisch sein (siehe Erläuterung zum Antrag).		Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig Seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <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 Faltblatt „Wissenswertes zum Thema Nebeneinkommen“). *) <u>Wenn ja:</u> ab/seit _____ bis _____ Tätigkeit _____ ggf. Arbeitgeber/in _____ wöchentliche Stundenzahl _____ (voraussichtliches) Entgelt EUR _____ monatlich netto			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2c Ich übe eine / mehrere ehrenamtliche Tätigkeit(en) aus. <u>Wenn ja:</u> ab/seit _____ bis _____ Tätigkeit _____ Organisation _____ wöchentliche Stundenzahl _____ Einkünfte EUR _____ monatlich			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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) <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			<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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 14.28%;">Montag</td> <td style="width: 14.28%;">Dienstag</td> <td style="width: 14.28%;">Mittwoch</td> <td style="width: 14.28%;">Donnerstag</td> <td style="width: 14.28%;">Freitag</td> <td style="width: 14.28%;">Samstag</td> <td style="width: 14.28%;">Sonntag</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">von</th> <th style="width: 15%;">bis</th> <th style="width: 35%;">Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger</th> <th style="width: 35%;">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 Entlassungsschädigung) 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 NeinWenn ja: neue Lohnsteuerklasse _____, wirksam ab _____

Mein Ehegatte und ich haben aktuell das Faktorverfahren gewählt.

 Ja NeinWenn ja: Bitte den aktuellen Faktor angeben: _____

Wenn Sie die Lohnsteuerklasse mit Ihrer Ehegattin/Ihrem Ehegatten gewechselt haben, legen Sie bitte die Verdienstnachweise 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 NeinWenn ja: Steht für ein Kind Kindergeld zu oder wird der Kinderfreibetrag in Anspruch genommen? Ja NeinWenn 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 NeinWenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse _____Ich habe eine andere Krankenkasse gewählt. Ja NeinWenn 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 NeinWenn ja: Ich gehöre wegen meiner bisherigen Beschäftigung der knappschaftlichen Rentenversicherung an (höherer Beitragssatz). Ja NeinWenn 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.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/
der Antragstellerin

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

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.