



Bundesagentur für Arbeit

Insolvenzgeldbescheinigung

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 erhältlich.

1	Name, Vorname, Geburtsdatum des Arbeitnehmers _____
	Eintragungen in der Lohnsteuerkarte: mtl. Freibetrag lt. Steuerkarte _____ Steuerklasse _____ Zahl der Kinderfreibeträge _____ Kirchensteuerabzug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2	Name, Anschrift des zahlungsunfähigen Arbeitgebers _____
	Gehört der Arbeitgeber einer - landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft an <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - Gartenbau-Berufsgenossenschaft an <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , Mitgliedsnummer _____
3	<input type="checkbox"/> Tag der vollständigen Beendigung der Betriebstätigkeit (§ 183 Abs. 1 Nr. 3 SGB III) _____ Wurde die Nichtzahlung des Arbeitsentgelts mit Zahlungsunfähigkeit begründet? (immer angeben, es sei denn, dass spätestens an diesem Tag ein Insolvenzantrag gestellt worden war) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4	<input type="checkbox"/> Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens (§ 183 Abs. 1 Nr. 1 SGB III) _____
5	<input type="checkbox"/> Tag der Abweisung des Insolvenzantrages mangels Masse (§ 183 Abs. 1 Nr. 2 SGB III) _____
6	Hat der Arbeitnehmer in Unkenntnis eines Insolvenzereignisses - weitergearbeitet (auch Urlaub/Krankheit) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - die Arbeit aufgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja : letzter Arbeits-/Urlaubs-/Krankheitstag _____
7	Liegt die für den Arbeitnehmer zuständige Lohnabrechnungsstelle außerhalb des in Zeile 2 angegebenen Ortes? Wenn ja : Anschrift der Lohnabrechnungsstelle _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8	Nur vom Insolvenzverwalter/Treuhänder auszufüllen: Haben Sie entsprechend den Vorschriften der Insolvenzordnung (InsO) eine Vereinbarung über das Bruttoarbeitsentgelt (Zeile 11) angefochten bzw. von Ihrem Leistungsverweigerungsrecht Gebrauch gemacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8a	Wenn nein : Sind Gründe bekannt, die eine Anfechtung einer Vereinbarung über das Bruttoarbeitsentgelt (Zeile 11) entsprechend den Vorschriften der InsO rechtfertigen könnten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9	Ist das Arbeitsverhältnis mit dem Arbeitnehmer gelöst? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja:
9a	<input type="checkbox"/> durch schriftliche Kündigung des Arbeitgebers/Insolvenzverwalters zum _____
9b	Wenn ja : Hat der Arbeitnehmer gegen die Kündigung Klage erhoben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9c	<input type="checkbox"/> durch schriftliche Kündigung seitens des Arbeitnehmers zum _____
9d	<input type="checkbox"/> durch schriftlichen Vertrag vom _____ zum _____

Hinweise zu den Ansprüchen auf Arbeitsentgelt (Zeilen 10 bis 22):

In den nachfolgenden Zeilen 10 bis 22 (siehe Seite 2) 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 dem Merkblatt 10 „Insolvenzgeld“ entnehmen. Als gesetzliche **Abzüge** (Zeilen 13 bis 14), **Aufrechnungen** seitens des Arbeitgebers (Zeile 15) und **Abzweigungen** an Dritte (Zeile 17) sind die Beträge anzugeben, die bei Entgeltzahlung einzubehalten wären.

Name des Arbeitgebers _____

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

10	Entgeltabrechnungszeiträume	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis	
11	Brutto-Arbeitsentgelt (höchstens bis zur monatlichen Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung einschl. Sonderzahlungen und vermögenswirksamer Leistungen des Arbeitgebers) Übersteigt das tatsächliche Brutto die monatliche Beitragsbemessungsgrenze bitte Nachweis (Lohnabrechnung) beifügen!					
11a	AG-Beitragszuschuss zur freiw./priv. KV/PV/RV bis zum gesetzlichen Höchstbetrag					
12	Im o.a. Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile 11) enthaltene Sonderzahlungen (wiederkehrende oder einmalige Zuwendungen, wie z.B. Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld, Provisionen oder Gewinnbeteiligungen); einschlägige(r) Tarifvertrag / Vereinbarung liegt bei. Art: _____ Art: _____ Art: _____	davon	davon	davon	davon	
13	Gesetzliche Abzüge Lohnsteuer, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag					
14	Sozialversicherungsbeiträge (nur gesetzlicher Arbeitnehmeranteil, nicht freiwillige oder private Beiträge zur Kranken-, Renten- bzw. sozialen Pflegeversicherung)					
15	Zur Erfüllung des Arbeitsentgeltsanspruchs bewirkte Leistungen Aufrechnungen seitens des Arbeitgebers (z.B. mit Ansprüchen auf Darlehensrückzahlung)					
16	Bereits gezahltes Arbeitsentgelt (z.B. Abschläge, Zahlungen an Dritte im Auftrag des Arbeitnehmers)					
17	Noch nicht durchgeführte Abzweigungen an Dritte Name des Dritten _____ Art des Rechts <input type="checkbox"/> Pfändungen <input type="checkbox"/> Verpfändungen <input type="checkbox"/> Abtretungen auf Grund <input type="checkbox"/> Forderungskaufvertrag <input type="checkbox"/> Darlehen <input type="checkbox"/> gesetzliche Forderungsübergänge (nicht, soweit sie auf § 187 SGB III beruhen)					
18	Noch nicht ausgezahltes Netto-Arbeitsentgelt					
18a	Zzgl. Beitragszuschuss zur freiw./priv. KV/PV/RV (s. Zeile 11a) noch nicht ausgezahlt bzw. abgeführt					
19	Hat der Arbeitnehmer wegen der in Zeile 11 aufgeführten Leistungen Klage beim Arbeitsgericht erhoben? Wenn ja: Bitte Unterlagen vorlegen.					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
20	Macht der Arbeitgeber für die Entgeltabrechnungszeiträume (Zeile 10) noch Leistungen der BA (z.B. Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Eingliederungszuschüsse, Lohnkostenzuschüsse, Beschäftigungshilfen) in Ansehung des Arbeitnehmers geltend? Wenn ja: Art _____ Zeitraum _____ Höhe _____ €					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21	Zusätzlich Angaben für Lohnabrechnungszeiträume, die vor dem 3-Monatszeitraum (s. oben) beginnen oder nach diesem Zeitraum enden. Von den in Zeile 18 und 18a angegebenen Beträgen entfallen <input type="checkbox"/> auf die Zeit vor dem 3-Monatszeitraum (Zeitraum vom _____ bis _____) ein Betrag i.H. von _____ €					
22	<input type="checkbox"/> auf die Zeit nach dem 3 Monatszeitraum (Zeitraum vom _____ bis _____) ein Betrag i.H. von _____ €					

