

Agentur für Arbeit

 Postanschrift



3

Stamm-Nr. Kug (soweit bekannt)

TK-

Betriebsnummer

Anzeige über Arbeitsausfall in einer betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit (beE)

Bitte das Formular **vollständig** ausfüllen.
Drucken des Formulars ist sonst nicht
möglich!

 Zutreffendes bitte ankreuzen!

 Die Verhandlungen über einen Interessenausgleich / Sozialplan
wurden aufgenommen am _____ .

Der Interessenausgleich / Sozialplan wurde unterschrieben am _____ .

 Die nach § 111 Absatz 1 Nr. 4 SGB III vorgeschriebene Beratung
durch die Agentur für Arbeit zu den o. a. Interessenausgleichs-/
Sozialplanverhandlungen erfolgte am _____ .

A. Angaben zur betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit (beE)

Bezeichnung und Anschrift der Transfergesellschaft / des Unternehmens <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	Telefon-Nr., Fax-Nr. u. ggf. E-Mail-Adresse <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Ansprechpartner(in) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	Telefon-Nr., Fax-Nr. u. ggf. E-Mail-Adresse <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
falls abweichend Anschrift der Lohnabrechnungsstelle <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	Telefon-Nr., Fax-Nr. u. ggf. E-Mail-Adresse <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Ansprechpartner(in) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	Telefon-Nr., Fax-Nr. u. ggf. E-Mail-Adresse <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Art des Betriebes / Wirtschaftszweig bzw. Branche <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	Falls abweichend: Ort der Betriebsstätte <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

1. Es wird angezeigt, dass in der Transfergesellschaft im Unternehmen
ab

_____/_____
Monat Jahr

 bis

_____/_____
Monat Jahr

 eine beE eingerichtet wird.

Bezeichnung der beE und Anschrift, falls diese von der Anschrift der Beschäftigungsgesellschaft/des Unternehmens abweicht:

2. In der beE werden bzw. wurden _____ Arbeitnehmer/innen zusammengefasst.

3. In der beE gilt folgende tarifliche Regelung:

Für	Bezeichnung des Tarif-Vertrages (TV)	regelmäßige tarifliche wöchent- liche Arbeitszeit
Arbeiter		Std.
Angestellte		Std.

Bitte fügen Sie Abbildungen der tariflichen Bestimmungen der Anzeige bei.

B. Angaben zum personalabgebenden Betrieb

Zu den Angaben zum personalabgebenden Betrieb bitte den Interessenausgleich, Sozialplan oder sonstige arbeitsrechtliche Vereinbarung (Muster des verwendeten dreiseitigen Vertrages) beifügen. Wenn die Anzeige für eine selbständige beE erstattet wird, bitte hierzu eine Stellungnahme des personalabgebenden Betriebes sowie des Betriebsrates beifügen!

4. In die beE sollen Arbeitnehmer/innen des folgenden Betriebes eingegliedert werden:

Bezeichnung und Anschrift des Betriebes

Betriebsnummer

Telefon-Nr.

Ansprechpartner(in)

Telefon-Nr.

Art der Produktion

Wirtschaftsabteilung

_____ Anzahl Arbeitnehmer/innen des Betriebes (vor Durchführung der Betriebsänderung)

Der Betrieb beschäftigt in der Regel mehr als 20 Arbeitnehmer/innen

Ja

Nein

Angaben zur Betriebseinstellung, Stilllegung des ganzen Betriebes oder wesentlichen Betriebsteilen

Bitte die nachfolgenden Fragen auch beantworten, wenn der Betrieb in der Regel nicht mehr als 20 Arbeitnehmer/innen beschäftigt. In diesem Fall gilt als Betriebsänderung eine vergleichbare Maßnahme als anspruchsbegründend.

5. Der Betrieb ist von folgender Betriebsänderung i.S. des § 111 BetrVG betroffen:

a) Betriebseinschränkung durch Personalabbau

b) Stilllegung

des ganzen Betriebes oder

von wesentlichen Betriebsteilen (bitte Organigramm o.ä. beifügen!)

c) Verlegung

des ganzen Betriebes oder

von wesentlichen Betriebsteilen

Zusammenschluss mit anderen Betrieben oder Spaltung von Betrieben

d) Grundlegende Änderungen

der Betriebsorganisation

des Betriebszwecks

der Betriebsanlagen

e) Einführung grundlegend neuer Arbeitsmethoden und Fertigungsverfahren.

6. Infolge der vorstehenden Betriebsänderungen sollen _____ Arbeitnehmer/innen zur Vermeidung von Entlassungen in die beE einmünden.

7. Soll die betriebliche Tätigkeit nur unterbrochen werden?

Ja

Nein

8. Soll die betriebliche Tätigkeit von einem Betriebserwerber fortgesetzt werden (§ 613a BGB)?

Ja

Nein

9. Enthält der/die im früheren Betrieb geltende Tarifvertrag/Betriebsvereinbarung den Ausschluss der betriebsbedingten Kündigung?

Ja

Nein

Angaben zu der vor Überleitung der Arbeitnehmer/innen in die beE durchzuführenden arbeitsmarktlich zweckmäßigen Maßnahme zur Feststellung der Eingliederungsaussichten

10. Haben die Arbeitnehmer/innen an einer arbeitsmarktlich zweckmäßigen Maßnahme zur Feststellung der Eingliederungsaussichten teilgenommen?

Ja

Nein

Wenn nein: Bitte angeben, zu welchem Zeitpunkt die Maßnahme durchgeführt werden soll:

**Angaben zu den beabsichtigten Maßnahmen zur Verbesserung
der Eingliederungsaussichten der Arbeitnehmer/innen**

11. Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten sind für die betroffenen Arbeitnehmer/innen unter Berücksichtigung der vorangegangenen Feststellungsmaßnahmen vorgesehen? (Bitte auf einem gesonderten Blatt Art und Dauer der Qualifizierungsmaßnahmen beschreiben.)

Vermeidung oder Verminderung des Arbeitsausfalls

12. Wurden Urlaubsansprüche der Arbeitnehmer/innen aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis übertragen? Ja Nein

Wenn ja: Ja Nein

Erfolgt die Abwicklung dieser Urlaubsansprüche während des Kug-Bezuges?

Wenn nein: Aus welchen Gründen kann der Urlaub für diese Arbeitnehmer/innen nicht angeordnet werden?

13. Der laufende Urlaubsanspruch wird in der beE geregelt durch Urlaubsliste / Urlaubsplan

Betriebsferien

14. Ist eine Betriebsvertretung (Betriebsrat) vorhanden? Ja Nein

Erklärung:

Die vorstehenden Angaben sind nach bestem Wissen gemacht. Es ist mir (uns) bekannt, dass der Agentur für Arbeit mit der Anzeige über Arbeitsausfall die Voraussetzungen für die Gewährung von Kug nach § 111 SGB III glaubhaft zu machen sind und der Arbeitgeber für grob fahrlässig oder vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben haftet.

Von dem Inhalt des Merkblattes 8c über Transferleistungen habe(n) ich/wir Kenntnis genommen.

Ich/Wir bin/sind darüber informiert, dass Transfer-Kug nur Arbeitnehmer/innen gewährt werden kann, die sich vor Eintritt in die beE bei der Agentur für Arbeit arbeitssuchend gemeldet haben.

Ergeben die Feststellungen der Agentur für Arbeit, dass strafrechtlich relevante Aspekte zu einer Leistungsüberzahlung geführt haben, wird Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft erstattet.

Firmenstempel	
	(Ort, Datum) Unterschrift des Arbeitgebers oder seiner / seines Bevollmächtigten
	(Ort, Datum) Unterschrift der Betriebsvertretung (Betriebsrat), wenn den Angaben zugestimmt wird. Andernfalls wird um eine gesonderte Stellungnahme gebeten.