



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

- von der Insolvenzverwalterin/vom Insolvenzverwalter oder Treuhänder/in, wenn ein Insolvenzverfahren eröffnet worden ist.
- von der Arbeitgeberin/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 der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer)

Postleitzahl, Wohnort

Lohnsteuermerkmale:

Steuerklasse (ggf. mit Faktor) _____

Zahl der Kinderfreibeträge _____

monatlicher Freibetrag _____

Kirchensteuerabzug Ja Nein

Steuer-Identifikationsnummer

Rentenversicherungsnummer

2 Angaben zum Arbeitsverhältnis

Name, Anschrift der zahlungsunfähigen Arbeitgeberin/des zahlungsunfähigen Arbeitgebers

Betriebsnummer des Beschäftigungsbetriebes - 8-stellig

2.1 Angaben zum Beginn und zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Beginn des Arbeitsverhältnisses _____

Ist das Arbeitsverhältnis mit der Arbeitnehmerin/dem Arbeitnehmer gelöst?

Ja Nein

Wenn ja:

durch schriftliche Kündigung der/des Insolvenzverwalterin/
Insolvenzverwalters / Arbeitgeberin/Arbeitgebers zum _____

Wenn ja: Hat die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer gegen die Kündigung Klage erhoben?

Ja Nein

durch schriftliche Kündigung der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers zum _____

durch _____ zum _____

Name Arbeitgeber/in _____

Name, Vorname Arbeitnehmer/in _____ Insolvenzgeld Nr. _____

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 die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer in Unkenntnis eines Insolvenzereignisses
- weitergearbeitet (auch Urlaub/Krankheit) oder Ja Nein
- die Arbeit aufgenommen? Ja Nein

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

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
(auch Teilmonate können eingetragen werden) vom _____
bis _____

4.2 Brutto-Arbeitsentgelt (höchstens bis zur **monatlichen Beitragsbemessungsgrenze** der Arbeitslosenversicherung einschließlich Sonderzahlungen und vermögenswirksamer Leistungen der Arbeitgeberin/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

Versorgungsträger _____ Pensionsfonds Pensionskasse Direktversicherung

4.5 **AG-Beitragszuschuss** zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pfleger-/Rentenversicherung bis zum gesetzlichen Höchstbetrag _____

Name Arbeitgeber/in _____

Name, Vorname Arbeitnehmer/in _____ Insolvenzgeld Nr. _____

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 der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, z.B. mit Ansprüchen auf Darlehensrückzahlung) _____
5.4 Bereits gezahltes Arbeitsentgelt (z.B. Abschläge, Sachbezüge, Zahlungen an Dritte im Auftrag der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers) _____

6 Angaben zum rückständigen Nettoarbeitsentgelt
6.1 Noch nicht durchgeführte Abzweigungen an Dritte
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
6.2 Ansprüche Dritter im Rahmen einer Vorfinanzierung
Vorfinanzierende/r _____
6.3 Noch nicht ausgezahltes Netto-Arbeitsentgelt

6.4 Zzgl. AG-Beitragszuschuss zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung (siehe Zeile 4.5) noch nicht ausgezahlt bzw. abgeführt _____

7 Erklärungen zum Übergang bestehender Ansprüche auf die Bundesagentur für Arbeit
Mir ist bekannt, dass gem. § 169 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 Insolvenzverwalter/in / Treuhänder/in / Arbeitgeber/in (Stempel) _____	Ort, Datum _____ _____ Unterschrift Insolvenzverwalter/in / Treuhänder/in / Arbeitgeber/in
--	--