



Antrag auf <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Teilarbeitslosengeld		
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bei Teilnahme an einer berufl. Weiterbildung		
Dienststelle	35701	
Kunden-Nr.	022P342102	Arbeitslosmeldung 02.07.2025 mit Wirkung zum 02.07.2025
OrgE		
Familienname	Alalaiwat	ASU-Meldung am: 24.06.2025 Arbeit ab: _____ Krank ab: _____ Sonstiges: _____
Rufname	Faisal	
Titel		
Straße/Platz Hausnummer ggf. zu erreichen bei	Classen-Kappelman Str 26	
PLZ, Wohnort	50931 Köln	
1. Persönliche Daten		
Rentenversicherungsnummer:	13221295A026	Familienstand: <input checked="" type="checkbox"/> ledig Seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden / Lebenspartnerschaft aufgehoben <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet / Lebenspartner/-in verstorben
Steuer-Identifikationsnummer:		
BIC		
IBAN		
Geldinstitut	(siehe Erläuterung zum Antrag).	
2. Angaben zur Arbeitslosigkeit, Nebenverdienst und Verfügbarkeit (siehe Merkblatt 1 für Arbeitslose-Abschnitte 2 und 10)		
2a Ich werde alle zumutbaren Möglichkeiten nutzen, um meine Beschäftigungslosigkeit zu beenden (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 2.4 und Erläuterung zum Antrag).		<input checked="" 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"). *)		<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
2c Ich übe eine / mehrere ehrenamtliche Tätigkeit(en) aus.		<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
2d Ich bin arbeitsunfähig krank geschrieben seit _____ bis _____ (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 2).		<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" 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 für die unter 2g angegebenen Arbeitszeiten sichergestellt, wenn ich diese nicht übernehmen kann. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein

2f	Ich will ohne zwingenden Grund nur noch zeitlich eingeschränkt arbeiten.	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein														
2g	Bei Einschränkung der Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit (siehe Erläuterungen 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; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 14.28%; text-align: center;">Montag</td> <td style="width: 14.28%; text-align: center;">Dienstag</td> <td style="width: 14.28%; text-align: center;">Mittwoch</td> <td style="width: 14.28%; text-align: center;">Donnerstag</td> <td style="width: 14.28%; text-align: center;">Freitag</td> <td style="width: 14.28%; text-align: center;">Samstag</td> <td style="width: 14.28%; text-align: center;">Sonntag</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></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 Erläuterungen zum Antrag). <u>Wenn ja:</u> ab: _____ bis voraussichtlich: _____ Zur Prüfung, ob Sie ggf. für diesen Zeitraum einen Anspruch auf Arbeitslosengeld haben, füllen Sie bitte das Zusatzblatt für Studierende und Schüler aus. *)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein														
3. Weitere Angaben für die Leistungsgewährung (siehe Merkblatt 1 für Arbeitslose - Abschnitt 3)																
3a	Ich habe innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung folgende Zeiten zurückgelegt (Angaben sind nur für die Zeit seit dem letzten Bezug von Arbeitslosengeld erforderlich - siehe Erläuterungen zum Antrag): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">von</th> <th style="width: 15%;">bis</th> <th style="width: 40%;">Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger</th> <th style="width: 30%;">beschäftigt/tätig als/Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="color: blue;">01.04.2019 - 31.05.2025</td> <td></td> <td style="color: blue;">chargecloud GmbH Erftr. 15-17 50672 Köln (soll durch die Agentur für Arbeit angefordert werden)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;">Ich wurde innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Arbeitslosigkeit im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet und eine Ausbildungsvergütung war nicht vereinbart.</p> <p><u>Wenn ja und die Berufsausbildung hat ab dem 01.01.2020 begonnen:</u> Bitte Berufsausbildungsvertrag vorlegen.</p>	von	bis	Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung	01.04.2019 - 31.05.2025		chargecloud GmbH Erftr. 15-17 50672 Köln (soll durch die Agentur für Arbeit angefordert werden)		<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein						
von	bis	Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung													
01.04.2019 - 31.05.2025		chargecloud GmbH Erftr. 15-17 50672 Köln (soll durch die Agentur für Arbeit angefordert werden)														
3b	Ich habe innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung bei einer/m Familienangehörigen /Ehegatten/in/ Lebenspartner/in gearbeitet oder war zum/zur Gesellschafter/in/ Geschäftsführer/in einer GmbH bestellt (Bitte Hinweise in den Erläuterungen zum Antrag auf Arbeitslosengeld beachten). <u>Wenn ja:</u> In welcher verwandtschaftlichen Beziehung stehen/standen Sie zu Ihrem Arbeitgeber (z.B. Eltern, Kind, Schwager)? <u>Wenn ja:</u> Die Clearingstelle der deutschen Rentenversicherung hat in einem Statusfeststellungsverfahren zu dieser Tätigkeit eine Entscheidung getroffen (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 checked="" type="checkbox"/> Nein														
3c	Ein Anderer hat mir einen gesundheitlichen Schaden zugefügt (z. B. durch Arbeits-, Verkehrs-, Spiel-/Sportunfall, ärztlichen Behandlungsfehler, tätliche Auseinandersetzung). Wegen des Gesundheitsschadens bin ich arbeitslos geworden (siehe Erläuterungen zum Antrag). <u>Wenn ja:</u> Füllen Sie bitte – soweit noch nicht geschehen – den Unfallfragebogen aus. *)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein														
3d	Ich erhalte noch Zahlungen von ehemaligen Arbeitgebern/innen für Zeiten nach meinem Ausscheiden (z.B. Urlaubsabgeltung oder Entlassungsentschädigung) oder ich erhebe solche Ansprüche (siehe Merkblatt 1 Abschnitt 7.2 und Erläuterung zum Antrag).	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein														
3e	Mit meinem Arbeitgeber war Altersteilzeit vereinbart? <u>Wenn ja:</u> Bitte Altersteilzeitvereinbarung vorlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" 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).	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein														

5a	Meine zu Beginn des Jahres geltende Lohnsteuerklasse _____ Die Eintragung wurde im Laufe des Jahres geändert. <u>Wenn ja:</u> neue Lohnsteuerklasse _____, wirksam ab _____	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
Mein(e) Ehegatte/in/ mein(e) Lebenspartner/in und ich haben aktuell das Faktorverfahren gewählt. <u>Wenn ja:</u> Der Faktor gilt ab: _____ Der Faktor wurde zuletzt geändert ab: _____ Legen Sie bitte einen Nachweis vor.		<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
Wenn Sie die Lohnsteuerklasse mit Ihrer Ehegattin/Lebenspartnerin / Ihrem Ehegatten/Lebenspartner 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). <u>Wenn ja:</u> Haben Sie oder eine andere Person Anspruch auf Kindergeld/ Kinderfreibetrag? <u>Bei Bezug von</u> _____ Kindergeldnummer der Familienkasse _____ <u>Kindergeld:</u> (siehe Erläuterungen zum Antrag) _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bitte teilen Sie das Geburtsdatum des Kindes mit, für das am längsten Kindergeld oder der Kinderfreibetrag in Anspruch genommen werden kann: _____		

<p>6a Ich war innerhalb der letzten 5 Jahre vor Beantragung von Arbeitslosengeld bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert (pflichtversichert, freiwillig versichert oder familienversichert).</p> <p><u>Wenn ja:</u> Name und Sitz Ihrer Krankenkasse</p> <p style="text-align: center;">AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse</p> <p>Wenn Sie nicht pflichtversichert waren, füllen Sie bitte das Zusatzblatt "Sozialversicherung der Leistungsbezieher" aus. *)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>6b Ich war unmittelbar vor Beginn der Arbeitslosigkeit/Maßnahme pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung</p> <p>Wenn Sie nicht pflichtversichert waren, füllen Sie bitte das Zusatzblatt "Sozialversicherung der Leistungsbezieher" aus. *)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
