

Antrag auf <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Teilarbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bei Teilnahme an einer berufl. Weiterbildung				
Dienststelle	33103			Arbeitslosmeldung mit Wirkung zum 01.02.2025
Kunden-Nr.	331D103301			OrgE
Familienname Arndt Rufname Marcel Titel Straße/Platz Hausnummer ggf. zu erreichen bei Wilhelm-Raabe-Str. 13 PLZ, Wohnort 32105 Bad Salzuflen		ASU-Meldung am: _____ Arbeit ab: _____ Krank ab: _____ Sonstiges: _____		
1. Persönliche Daten				
Rentenversicherungsnummer: 11070592A008 Steuer-Identifikationsnummer: 60135074296 BIC WELADED1LEM IBAN DE22482501100006510804 Geldinstitut Sparkasse Lemgo (siehe Erläuterung zum Antrag).		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		
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) Wenn ja: <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> <th style="width: 14.28%;">Montag</th> <th style="width: 14.28%;">Dienstag</th> <th style="width: 14.28%;">Mittwoch</th> <th style="width: 14.28%;">Donnerstag</th> <th style="width: 14.28%;">Freitag</th> <th style="width: 14.28%;">Samstag</th> <th style="width: 14.28%;">Sonntag</th> </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: 35%;">Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger</th> <th style="width: 35%;">beschäftigt/tätig als/Leistung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01.07.2020</td> <td>07.01.2022</td> <td>Dirk Eichelberg GmbH</td> <td></td> </tr> <tr> <td>01.07.2022</td> <td>01.02.2023</td> <td>BESSER Personal Service GmbH Bad Salzuflen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>01.02.2023</td> <td>01.02.2025</td> <td>Demgy Eis</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>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	01.07.2020	07.01.2022	Dirk Eichelberg GmbH		01.07.2022	01.02.2023	BESSER Personal Service GmbH Bad Salzuflen		01.02.2023	01.02.2025	Demgy Eis		<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
von	bis	Arbeitgeber/Behörde/Leistungsträger	beschäftigt/tätig als/Leistung															
01.07.2020	07.01.2022	Dirk Eichelberg GmbH																
01.07.2022	01.02.2023	BESSER Personal Service GmbH Bad Salzuflen																
01.02.2023	01.02.2025	Demgy Eis																
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? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <u>Bei Bezug von</u> <u>Kindergeld:</u> </div> <div style="width: 60%;"> Kindergeldnummer der Familienkasse _____ (siehe Erläuterungen zum Antrag) </div> </div> Bitte teilen Sie das Geburtsdatum des Kindes mit, für das am längsten Kindergeld oder der Kinderfreibetrag in Anspruch genommen werden kann: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
----	--	---

<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;">Techniker Krankenkasse</p> <hr/> <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>

**Diese Erklärungen wurden online per
Klickeinwilligung bestätigt. Dieser Antrag wurde
online erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.**