



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 oder auch im Internet unter → www.arbeitsagentur.de erhältlich.

1	Name, Vorname, Geburtsdatum des Arbeitnehmers _____
---	--

Eintragungen in der Lohnsteuerkarte:
 Steuerklasse _____ Zahl der Kinderfreibeträge _____
 monatlicher Freibetrag _____ Kirchensteuerabzug Ja Nein

2	Name, Anschrift des zahlungsunfähigen Arbeitgebers _____ _____
---	--

Betriebsnummer (8-stellig) _____	Gehört der Betrieb einer - landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft an - Gartenbau-Berufsgenossenschaft an Wenn ja , Mitgliedsnummer _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------	---	--

3	War der Arbeitnehmer in einem Betrieb tätig, der Bauleistungen erbracht hat? Wenn ja: War der insolvente Arbeitgeber im Auftrag eines oder mehrerer Generalunternehmer tätig? (vgl. § 1a Arbeitnehmer-Entsendegesetz)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---	--

4	<input type="checkbox"/> Tag der vollständigen Beendigung der Betriebstätigkeit _____ 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
5	<input type="checkbox"/> Tag der Eröffnung des Insolvenzverfahrens _____	
6	<input type="checkbox"/> Tag der Abweisung des Insolvenzantrages mangels Masse _____	

7	Hat der Arbeitnehmer in Unkenntnis eines Insolvenzereignisses - weitergearbeitet (auch Urlaub/Krankheit) - die Arbeit aufgenommen? Wenn ja: letzter Arbeits-/Urlaubs-/Krankheitstag _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---	--

8	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
---	---	---

9	Ist das Arbeitsverhältnis mit dem Arbeitnehmer gelöst? Wenn ja:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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 24):
 In den nachfolgenden Zeilen 10 bis 24 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 7 der Ausfüllhinweise (Vordruck Insg 4a) entnehmen.

Name des Arbeitgebers _____

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

10	Entgeltabrechnungszeiträume (aufgeschlüsselt nach Monaten)	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	Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile 11) 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 _____	davon	davon	davon	davon	davon
11b	Im Brutto-Arbeitsentgelt (Zeile 11) enthaltene Entgeltumwandlung , sofern Beiträge zur betrieblichen Altersversorgung nicht mehr abgeführt wurden (vgl. Ziffer 11 der Ausfüllhinweise – Insg 4a) Pensions <input type="checkbox"/> -fonds <input type="checkbox"/> -kasse <input type="checkbox"/> Direktversicherung Versorgungsträger _____	davon	davon	davon	davon	davon
12	AG-Beitragszuschuss zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung bis zum gesetzlichen Höchstbetrag					
13	Gesetzliche Abzüge Lohnsteuer, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag, Winterbeschäftigungs-Umlage					
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, Sachbezüge, Zahlungen an Dritte im Auftrag des Arbeitnehmers)					
17	Zwischensumme (Zeile 11 abzüglich Zeilen 13 bis 16)					
18	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					
18a	Ansprüche Dritter im Rahmen einer Vorfinanzierung Vorfinanzierender _____					
19	Noch nicht ausgezahltes Netto-Arbeitsentgelt (Zeile 17 abzüglich Zeilen 18 und 18a)					
19a	Zzgl. AG-Beitragszuschuss zur freiwilligen/privaten Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung (s. Zeile 12) noch nicht ausgezahlt bzw. abgeführt					

Name des Arbeitgebers _____

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

20	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
21	Macht der Arbeitgeber für die Entgeltabrechnungszeiträume (Zeile 10) noch Leistungen der BA (z.B. Kurzarbeitergeld, Eingliederungszuschüsse, Lohnkostenzuschüsse, Beschäftigungshilfen) für diesen Arbeitnehmer geltend? Wenn ja: Art _____ Zeitraum _____ Höhe _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
22	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
22a	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
23	Zusätzlich Angaben für Lohnabrechnungszeiträume, die vor dem 3-Monatszeitraum (s. oben) beginnen oder nach diesem Zeitraum enden. Von den in Zeile 19 und 19a angegebenen Beträgen entfallen <input type="checkbox"/> auf die Zeit vor dem 3-Monatszeitraum (Zeitraum vom _____ bis _____) ein Betrag i.H. von _____ €	
24	<input type="checkbox"/> auf die Zeit nach dem 3 Monatszeitraum (Zeitraum vom _____ bis _____) ein Betrag i.H. von _____ €	
25	Mir ist bekannt, dass gem. § 187 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 den Zeilen 18 – 19a 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 des Insolvenzverwalters / Treuhänders / Arbeitgebers (Stempel)		Ort, Datum
_____		_____
		Unterschrift des Insolvenzverwalters/Treuhänders/Arbeitgebers