Bundesagentur für Arbeit

Agentur für Arbeit

Postanschrift

_____

3

Stamm-Nr. Kug (soweit bekannt)

K

Ableitungs-Nr. (soweit bekannt)

Betriebsnummer

Anzeige über Arbeitsausfall

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

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen!

A. Anschrift des Betriebes

Bezeichnung und Anschrift des Betriebes	Telefon-Nr., Fax-Nr. u. ggf. E-Mail-Adresse
Ansprechpartner(in)	Telefon-Nr., Fax-Nr. u. ggf. E-Mail-Adresse
falls abweichend Anschrift der Lohnabrechnungsstelle	Telefon-Nr., Fax-Nr. u. ggf. E-Mail-Adresse
Ansprechpartner(in)	Telefon-Nr., Fax-Nr. u. ggf. E-Mail-Adresse

Art des Betriebes / Wirtschaftszweig bzw. Branche

B. Zeitraum der geplanten Arbeitszeitreduzierung

1. Es wird angezeigt, dass die regelmäßige betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit mit Wirkung

des Monats _____ / _____ (Monat / Jahr) bis voraussichtlich _____ / _____ (Monat / Jahr) für

☐ den Gesamtbetrieb

☐ die Betriebsabteilung: _____ herabgesetzt wird.

C. Angaben zur Arbeitszeit

2. Bei Vollarbeit beträgt die regelmäßige betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden.
3. Die Arbeitszeit soll während der Kurzarbeit reduziert werden auf wöchentlich mindestens _____ Stunden.

D. Angaben zum Betrieb

4. Das Unternehmen besteht länger als ein Jahr ☐, wenn kürzer: seit _____
5. Im Betrieb gilt folgender Tarifvertrag (TV):
(Bitte in Kopie der Anzeige beifügen - aus TV nur die für Kurzarbeit relevanten Teile)

Für	Bezeichnung des TV	normale regelmäßige tarifl. wöchentl. Arbeitszeit	Enthält der TV eine Kurzarbeitsklausel?
Arbeiter		Std.	
Angestellte		Std.	

Sieht der TV eine Ankündigungsfrist zur Einführung der Kurzarbeit vor? ☐ Ja ☐ Nein

_____

_____

☐ Der Betrieb ist nicht tarifgebunden.

6. In meinem/unserem Betrieb ist eine Betriebsvertretung (Betriebsrat) vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein

Wie wurde die Kurzarbeit unter Beachtung arbeitsrechtlicher Bestimmungen eingeführt?

☐ Durch Betriebsvereinbarung mit dem Betriebsrat *

☐ Bei Betrieben ohne Betriebsrat durch Vereinbarung mit den Arbeitnehmern/innen *

☐ Durch Änderungskündigungen *

* In Kopie der Anzeige beifügen

vereinbart am Datum _____ mit Wirkung zum Datum _____

☐ Sonstiges / Anmerkungen: _____

7. Im Betrieb bzw. in der von Kurzarbeit betroffenen Betriebsabteilung sind _____ Arbeitnehmer/innen beschäftigt (einschließlich erkrankter, beurlaubter und geringfügig beschäftigter Arbeitnehmer/innen / und ggf. gesondert:
Zahl der Leiharbeitnehmer/innen: _____).

Wichtige Hinweise:
Nachfolgende Personengruppen haben keinen Anspruch auf Kug und sind bei der Zahl der Beschäftigten nicht mitzuzählen: Arbeitnehmer/innen in beruflicher Weiterbildungsmaßnahme (Vollzeitmaßnahme) mit Leistungsbezug, Heimarbeiter, Auszubildende sowie Arbeitnehmer/innen, deren Arbeitsverhältnis ruht (z.B. Dienst nach dem Bundesfreiwilligendienst).

Anspruch auf Kug haben nur Arbeitnehmer/innen, die in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis stehen. Für den gesamten Verlauf der Kündigungsfrist besteht für gekündigte Arbeitnehmer/innen kein Kug-Anspruch. Dabei ist es unerheblich, ob die Kündigung durch den Arbeitgeber, den Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin oder im beiderseitigen Einvernehmen (z.B. mittels Aufhebungsvertrag) erfolgte.

8. Von Kurzarbeit mit einem Entgeltausfall von mehr als 10 v.H. ihres monatlichen Bruttoentgelts sind im jeweiligen Anspruchszeitraum (Kalendermonat) voraussichtlich _____ Arbeitnehmer/innen betroffen.

E. Angaben zum Arbeitsausfall

9. Der Arbeitsausfall beruht auf folgenden Gründen (bitte beantworten Sie folgende Fragen):
a) Ursachen des Arbeitsausfalls; Vergleichswerte, die die Unterauslastung belegen
b) Angaben zu Produkten/Dienstleistungen; Hauptauftraggeber bzw. -nehmer
c) Angaben zur vorübergehenden Natur des Arbeitsausfalls

Bitte möglichst ausführlich begründen und evtl. auf einem gesonderten Blatt fortsetzen!

10. Sind für den Arbeitsausfall auch branchen-, betriebsübliche oder saisonbedingte Ursachen maßgeblich?
☐ Ja ☐ Nein

Erklärung:
Ich habe überprüft, dass zur Vermeidung von Kurzarbeit kein verwertbarer Resturlaub mehr zur Verfügung steht und keine verwertbaren/ungeschützten Arbeitszeitguthaben vorhanden sind.
Es wurden alle zumutbaren Anstrengungen unternommen, den Arbeitsausfall zu vermeiden.
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 § 95 SGB III glaubhaft zu machen sind und der Arbeitgeber für grob fahrlässig oder vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben haftet.

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

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

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