

**Antrag auf Arbeitslosenentschädigung**

Name und Vorname	AHV-Nr.	
PLZ, Wohnort, Strasse, Nummer	Geburtsdatum	Zivilstand
Zahlungsverbindung (IBAN-Nummer)	Telefon	
	P.	G.

1 Haben Sie in den letzten zwei Jahren Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen?

ja Kasse   nein

2 Ab welchem Datum erheben Sie Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung?

3 In welchem Ausmass sind Sie bereit und in der Lage zu arbeiten?

Vollzeit

Teilzeit, höchstens  Stunden pro Woche bzw.  % einer Vollzeitbeschäftigung

4 Sind Sie zur Zeit im gewünschten Ausmass arbeitsfähig?

\* Wenn nein bitte Arztzeugnis beilegen

ja  nein\* →  %

Beziehen Sie

5 - eine AHV-Rente oder haben Sie eine solche beantragt?

ja  nein

6 - eine Pension aus einem Arbeitsverhältnis?  ja

Fr. p/Mt.  seit   nein

- oder haben Sie aus der beruflichen Vorsorge oder aus einer ausländischen Altersversicherung eine Kapitalabfindung erhalten?  ja

Fr.  wann   nein

7 - ein Taggeld } der schweizerischen oder einer  ja

Fr. p/T.  seit   nein

8 - eine Rente } Unfall-, Militärversicherung oder  ja

Fr. p/Mt.  seit   nein

9 Haben Sie ein Taggeld oder eine Rente beantragt?  ja

Bei der  am   nein

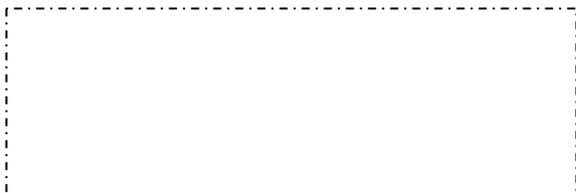
(Die Angaben unter Ziffer 5 – 9 sind zu belegen.)

10 Haben Sie eine Krankentaggeldversicherung?

ja Name  Mitglied-Nr.   nein

11 Sind Sie oder Ihr Ehegatte / Ihre Ehegattin, Ihr eingetragener Partner / Ihre eingetragene Partnerin unterhaltspflichtig gegenüber Kindern bis zum vollendeten 18. Altersjahr, erwerbsunfähigen Kindern bis zum vollendeten 20. Altersjahr oder Kindern in Ausbildung?

ja, füllen Sie bitte das Formular 716.102 'Unterhaltspflicht gegenüber Kindern' aus  nein



12 Erzielen Sie gegenwärtig noch ein Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Erwerbstätigkeit?

ja, tätig als  seit   nein

Zeitlicher Aufwand

vormittags  nachmittags  abends  nachts  stundenweise  einzelne Tage

Name und Adresse des Arbeitgebers

13 Haben Sie in den letzten zwei Jahren eine selbstständige Erwerbstätigkeit nach Art. 9 Abs. 1 AHVG aufgegeben? (Die Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit und deren Aufgaben sind zu belegen.)  ja  nein

**Letztes Arbeitsverhältnis**

14 Name und Adresse des **letzten** Arbeitgebers

15 Art des Arbeitsverhältnisses

Vollzeitbeschäftigung  befristet  unbefristet  von der ALV finanziertes  
 Teilzeitbeschäftigung  Aushilfsstelle  Beschäftigung auf Abruf Programm zur vorüber-  
 Heimarbeitsverhältnis  Saisonanstellung  Temporärarbeitsverhältnis gehenden Beschäftigung  
 Lehrverhältnis  andere

16 Dauer des Arbeitsverhältnisses

vom  bis

17 Bestand ein schriftlicher Arbeitsvertrag?

ja (Kopie des Vertrages beilegen)  nein

18 Auflösung des Arbeitsverhältnisses

Wer hat gekündigt?  Wann?  Auf welchen Zeitpunkt?   
 mündlich  schriftlich

19 Letzter geleisteter Arbeitstag

20 Grund der Kündigung?

21 Sind Sie weiterhin bei der Vorsorgeeinrichtung Ihres letzten Arbeitgebers gemäss BVG versichert?

ja  nein

22 Erfolgte eine Pensionierung vor dem ordentlichen Rentenalter der AHV?

ja  nein

freiwillig  unfreiwillig (aus wirtschaftlichen, reglementarischen oder gesetzlichen Gründen)

23 Waren Sie im Zeitpunkt der Kündigung oder während der Kündigungsfrist wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Militär-, Zivil- oder Schutzdienst an der Arbeitsleistung verhindert?

ja Grund  vom  bis   nein

Grund  vom  bis

24 Hat Ihnen der Arbeitgeber eine Verlängerung der Kündigungsfrist angeboten?

ja Warum haben Sie abgelehnt?  nein

25 Haben Sie Lohnansprüche im Zusammenhang mit der Kündigungsfrist gegenüber Ihrem ehemaligen Arbeitgeber geltend gemacht?

ja, für   nein

Werden diese vom Arbeitgeber bestritten?  ja  nein

26 Gedenken Sie nötigenfalls ein arbeitsgerichtliches Verfahren einzuleiten?  ja  nein

Oder ist ein solches bereits im Gange?  ja  nein

27 Wurden Ihnen bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses neben Lohnansprüchen weitere finanzielle Leistungen zugesprochen?

ja  nein

28 - Sind Sie oder Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin/Ihr eingetragener Partner/Ihre eingetragene Partnerin am Betrieb des letzten Arbeitgebers beteiligt oder gehören Sie oder Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin/Ihr eingetragener Partner/Ihre eingetragene Partnerin einem obersten betrieblichen Entscheidungsgremium an (z.B. Aktionär, Verwaltungsrat in einer AG oder Gesellschafter, Geschäftsführer in einer GmbH, etc.)?  ja  nein

- Sind Sie an einem andern Betrieb beteiligt oder gehören Sie einem obersten betrieblichen Entscheidungsgremium an?  ja  nein

**Tätigkeitsnachweis der letzten zwei Jahre vor der Geltendmachung des Anspruchs**

29 Bei welchen Arbeitgebern waren Sie vor dem letzten Arbeitsverhältnis tätig?

Name und Adresse

<input type="text"/>	vom	bis

Verfügen Sie bei Arbeitsverhältnissen in einem EU/EFTA-Mitgliedstaat über das Formular E 301?  ja  nein

30 Haben Sie ausserhalb der aufgeführten Arbeitsverhältnisse schweizerischer Militär-, Zivil- oder Schutzdienst geleistet?

ja (Kopie des Dienstbüchleins beilegen)  nein

31 Standen Sie insgesamt mehr als 12 Monate nicht in einem Arbeitsverhältnis wegen

- Schulausbildung, Umschulung oder Weiterbildung?  ja  nein

- Wenn ja, hatten Sie insgesamt mind. 10 Jahre Wohnsitz in der Schweiz?  ja  nein

(Wohnsitzbescheinigung für die 10 Jahre beilegen)

- Krankheit, Unfall, Mutterschaft und hatten Sie während dieser Zeit Wohnsitz in der Schweiz?  ja  nein

(Wohnsitzbescheinigung für den Zeitraum des Ereignisses beilegen)

- Aufenthalt in schweizerischen Haft-, Arbeiterziehungs- oder ähnlichen Einrichtungen?  ja  nein

Grund

<input type="text"/>	vom	bis

32 Haben Sie sich während mehr als einem Jahr im Ausland aufgehalten?  ja  nein

		Land	
vom	bis		als Arbeitnehmer/in
vom	bis		für Aus-/Weiterbildung
vom	bis		als Tourist/in

(Nachweis der Ausbildungsstätte bzw. der Arbeitnehmertätigkeit beilegen)

33 Beantragen Sie Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung infolge Trennung oder Scheidung der Ehe, Aufhebung oder Auflösung der eingetragenen Partnerschaft, Invalidität oder Tod des/der Ehegatten/Ehegattin/eingetragenen Partners/Partnerin, Wegfalls einer Invalidenrente oder wegen eines ähnlichen Ereignisses und hatten Sie beim Eintritt des Ereignisses Ihren Wohnsitz in der Schweiz (Wohnsitzbescheinigung beilegen)?

ja    Art des Ereignisses      nein  
Datum des Ereignisses

34 Beantragen Sie Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung infolge Wegfalls der Betreuung einer pflegebedürftigen Person im gemeinsamen Haushalt?

ja    Dauer der Betreuung      nein  
Datum und Grund des Wegfalls der Betreuung

**Bemerkungen:**

**Hinweis**

Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen. Unbeantwortete Fragen erfordern zusätzliche Abklärungen und können die Auszahlung der Arbeitslosenentschädigung verzögern.

**Verpflichtung**

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, an arbeitsmarktlichen Massnahmen teilzunehmen.

Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe; auch nehme ich davon Kenntnis, dass ich mich für unwahre Angaben und das Verschweigen von Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Auszahlung von Arbeitslosenentschädigung führen könnten, strafbar mache, und ich die zu Unrecht bezogenen Beträge zurückzuerstatten habe.

Ort und Datum

Der/Die Versicherte

**Beilagen:**

- in Original:  Arbeitgeberbescheinigung  
 EG-Formular E 301: Bescheinigung von Zeiten, die für die Gewährung von Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu berücksichtigen sind  
 Formular 716.102 'Unterhaltspflicht gegenüber Kindern' mit Beilagen

in Kopie:

- Anmeldeformular (Erstanmeldung)  
 AHV-Ausweis  
 Arbeitsvertrag  
 Kündigungsschreiben  
 Arztzeugnis  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_