



3



Anzeige über Arbeitsausfall in einer betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit (beE)



Hinweis Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen. Pflichtfelder sind mit Stern* markiert.

Postanschrift Agentur für Arbeit

1 Postleitzahl*

2 Ort*

Angaben zur Anzeige

3 TKug-Nummer (soweit bekannt)

4 Betriebsnummer*

TK –

5 Die Verhandlungen über einen Interessenausgleich/ Sozialplan wurden aufgenommen am (TT.MM.JJJJ)*

6 Der Interessenausgleich/Sozialplan wurde unterschrieben am (TT.MM.JJJJ)*

7 Die nach § 111 Absatz 1 Nr. 4 SGB III vorgeschriebene Beratung durch die Agentur für Arbeit zu den oben angeführten Interessenausgleichs-/Sozialplanverhandlungen erfolgte am (TT.MM.JJJJ)*

A. Angaben zur betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit (beE) der Transfergesellschaft/des Unternehmens

8 Name*

9 Straße*

10 Hausnummer*

11 Postleitzahl*

12 Ort*

13 Telefon*

14 Fax

15 E-Mail

16 Ansprechpartner/in*

17 Telefon*

18 Fax

19 E-Mail

20 Ist die Anschrift der Lohnabrechnungsstelle abweichend zur Anschrift der Transfergesellschaft/des Unternehmens (Felder 9 bis 12)?

Nein (weiter mit 33)

Ja (weiter mit 21)



S1

60 Wie viele Arbeitnehmer/innen sollen infolge der vorstehenden Betriebsänderungen zur Vermeidung von Entlassungen in die betriebsorganisatorisch eigenständige Einheit (beE) einmünden?*

61 Soll die betriebliche Tätigkeit nur unterbrochen werden?*

Ja Nein

62 Soll die betriebliche Tätigkeit von einem Betriebserwerber fortgesetzt werden (§ 613a BGB)?*

Ja Nein

63 Enthält der/die im früheren Betrieb geltende Tarifvertrag/Betriebsvereinbarung den Ausschluss der betriebsbedingten Kündigung?*

Ja Nein

Angaben zu der vor Überleitung der Arbeitnehmer/innen in die beE durchzuführenden arbeitsmarktlich zweckmäßigen Maßnahme zur Feststellung der Eingliederungsaussichten

64 Haben die Arbeitnehmer/innen an einer arbeitsmarktlich zweckmäßigen Maßnahme zur Feststellung der Eingliederungsaussichten teilgenommen?*

Ja (weiter mit 66) Nein (weiter mit 65)

65 Zu welchem Zeitpunkt soll die Maßnahme durchgeführt werden?

Angaben zu den beabsichtigten Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten der Arbeitnehmer/innen

66 Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten sind für die betroffenen Arbeitnehmer/innen unter Berücksichtigung der vorangegangenen Feststellungsmaßnahmen vorgesehen? (Bitte auf einem gesonderten Blatt Art und Dauer der Qualifizierungsmaßnahmen beschreiben.)*

Vermeidung oder Verminderung des Arbeitsausfalls

67 Wurden Urlaubsansprüche der Arbeitnehmer/innen aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis übertragen?*

Ja (weiter mit 68) Nein (weiter mit 70)

68 Erfolgt die Abwicklung dieser Urlaubsansprüche während des Bezuges von Transfer-Kurzarbeitergeld (TKuG)?

Ja (weiter mit 70) Nein (weiter mit 69)

69 Aus welchen Gründen kann der Urlaub für diese Arbeitnehmer/innen nicht angeordnet werden?

70 Der laufende Urlaubsanspruch wird in der betriebsorganisatorisch eigenständigen Einheit (beE) geregelt durch
Urlaubsliste/Urlabsplan Betriebsferien

71 Ist eine Betriebsvertretung (Betriebsrat) vorhanden?*

Ja Nein



Erklärung

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 Transfer-Kurzarbeitergeld (TKuG) nach § 111 SGB III glaubhaft zu machen sind und der Arbeitgeber für grob fahrlässig oder vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben haftet.

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

Ich/Wir bin/sind darüber informiert, dass Transfer-Kurzarbeitergeld (TKuG) nur Arbeitnehmer/innen gewährt werden kann, die sich vor Eintritt in die betriebsorganisatorisch eigenständige Einheit (beE) bei der Agentur für Arbeit arbeitsuchend gemeldet haben.

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

Unterschrift des Arbeitgebers oder seiner/seines Bevollmächtigten

72 Ort

73 Datum

74 Unterschrift, Firmenstempel

**Unterschrift der Betriebsvertretung (Betriebsrat), wenn den Angaben zugestimmt wird.
Andernfalls wird um eine gesonderte Stellungnahme gebeten.**

75 Ort

76 Datum

77 Unterschrift, Firmenstempel

