



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  /  bis voraussichtlich  /  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 vom \_\_\_\_\_ mit dem Betriebsrat (in Kopie beifügen)  
 Bei Betrieben ohne Betriebsrat durch Vereinbarung mit den Arbeitnehmern/innen \*  
 Durch Änderungskündigungen \* \* Bitte halten Sie die Vereinbarungen für eine eventuelle Prüfung vor.  
 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 Leiharbeiter/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 legen Sie in einfacher Form den Grund des Arbeitsausfalls dar.**

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