

**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?

ja  nein\* →  %

\* Wenn nein bitte Arztzeugnis beilegen

Beziehen Sie

5 - eine AHV-Rente oder haben Sie eine solche beantragt?  ja  Fr. p/Mt. seit   nein

6 - eine Pension aus einem Arbeitsverhältnis?  ja  Fr. p/Mt. seit   nein  
(inländische oder ausländische Altersversicherung)

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

7 - ein Taggeld  ja  Fr. p/T. seit   nein

8 - eine Rente  ja  Fr. p/Mt. seit   nein  
der schweizerischen oder einer  
ausländischen Invaliden-, Kranken-,  
Unfall-, Militärversicherung oder  
der beruflichen Vorsorge?

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 bis zum vollendeten 25. Altersjahr?

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 Aufgabe 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  Temporärer Arbeitsverhältnis gehenden Beschäftigung  
 Lehrverhältnis  andere

16 Dauer des Arbeitsverhältnisses

vom  bis

17 Bestand ein schriftlicher Arbeitsvertrag?

ja (Kopie des Vertrages belegen)  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 nach Beendigung Ihres Arbeitsverhältnisses weiterhin bei der Vorsorgeeinrichtung Ihres letzten Arbeitgebers gemäss BVG für die Risiken Tod und Invalidität versichert?

ja  nein

22 Erfolgte eine Pensionierung vor dem ordentlichen Rentenalter der AHV?

ja  nein

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

ja Grund  vom  bis   nein  
Grund  vom  bis

23a Verbleiben am Ende des Arbeitsverhältnisses noch nicht bezogene Urlaubstage infolge Vaterschaft (Art. 329g OR: 2 Wochen pro Kind, innerhalb 6 Monaten nach Geburt zu beziehen)?

ja: Restsaldo   nein

23b Haben Sie in den 12 Monaten vor Ende der Anstellung Betreuungsurlaub für Ihr gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind bezogen (Art. 329i OR: Max. 14 Wochen pro Kind für beide Elternteile zusammen)?

ja: Beginn der Rahmenfrist für den Betreuungsurlaub   nein

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	vom	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verfügen Sie bei Arbeitsverhältnissen in einem EU/EFTA-Mitgliedstaat über das Formular PD U1 / E 301?  ja  nein

30 Haben Sie ausserhalb der aufgeführten Arbeitsverhältnisse schweizerischen Militär-, Zivil- oder Schutzdienst geleistet oder Mutterschafts-, Vaterschafts- bzw. Betreuungstaggelder bezogen?  
 ja (Kopie des Dienstbüchleins bzw. der EO-Taggeldabrechnungen 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, Schwangerschaft, Mutterschaft und hatten Sie während dieser Zeit den Wohnsitz in der Schweiz?  ja  nein  
(Arztzeugnis und Wohnsitzbescheinigung für den entsprechenden Zeitraum beilegen)
- Aufenthalt in schweizerischen Haft-, Arbeitserziehungs- oder ähnlichen Einrichtungen?  ja  nein

Grund

<input type="text"/>	<input type="text" value="vom"/> <input type="text" value="bis"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="vom"/> <input type="text" value="bis"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="vom"/> <input type="text" value="bis"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="vom"/> <input type="text" value="bis"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="vom"/> <input type="text" value="bis"/>

32 Haben Sie sich als Arbeitnehmer/in oder zum Zweck der Aus-/Weiterbildung im Ausland aufgehalten?  ja  nein

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

(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:  Formular 716.103 «Arbeitgeberbescheinigung»  
 Formular PD U1 «Zeiten, die für die Gewährung von Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu berücksichtigen sind» oder 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)  
 Arbeitsvertrag  
 Kündigungsschreiben  
 Arztzeugnis  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_