

An die
Agentur für Arbeit

	Kunden- Nr.:
	Kug
Eingang stat. erf.:	Betriebsnummer:

Zutreffendes bitte ankreuzen

A: Anschrift des Betriebes	
Bezeichnung und Anschrift des Betriebes	Telefon-Nr.
Ansprechpartner(in)	Telefon-Nr., Fax-Nr. und ggf. E-Mail-Adresse
falls abweichend Anschrift des Lohnbüros	Telefon-Nr.
Ansprechpartner(in)	Telefon-Nr., Fax-Nr. und ggf. E-Mail-Adresse
Art des Betriebes / Wirtschaftszweig bzw. Branche	falls abweichend: Ort der Betriebsstätte

B: Zeitraum der Arbeitszeitreduzierung	
1. Es wird angezeigt, dass die regelmäßige betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit mit Wirkung des Monats <input type="text" value=" / 20 ____"/> bis voraussichtlich <input type="text" value=" / 20 ____"/> für	
<input type="checkbox"/> den Gesamtbetrieb <input type="checkbox"/> die Betriebsabteilung _____ herabgesetzt wird.	

C: Angaben zur Arbeitszeit						
2. Bei Vollarbeit beträgt die regelmäßige betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit	<input type="text"/> Stunden					
3. Mehrarbeitszuschläge sind zu zahlen ab der	<input type="text"/> Stunde					
4. Die Arbeitszeit soll während der Kurzarbeit mindestens auf wöchentlich reduziert werden	<input type="text"/> Stunden					
5. Die Arbeitszeit unter Nr. 2 ist wie folgt auf die Wochentage verteilt: (bei unterschiedlicher Arbeitszeitverteilung bitte die Verteilung für die einzelne(n) Gruppe(n)/Betriebsabteilung(en) oder Arbeitnehmer auf gesondertem Blatt angeben):						
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	insgesamt
Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.

D: Angaben zum Betrieb

6. Das Unternehmen besteht seit _____ und
Monat / Jahr

ist erstmals von Kurzarbeit betroffen. führte Kurzarbeit letztmals durch.

7. Im Betrieb gilt folgender Tarifvertrag : *

für	Bezeichnung des TV	Regelmäßige tarifl. wöchentl. Arbeitszeit	Enthält der TV eine Kurzarbeitsklausel ?	nach der Kurzarbeitsklausel darf die wöchentl. Arbeitszeit auf ... Stunden verkürzt werden
Arbeiter		Std.		Std.
Angestellte		Std.		Std.

Sieht der TV eine Ankündigungsfrist zur Einführung der Kurzarbeit vor ? Nein Ja, folgende:

.....

Der Betrieb ist nicht tarifgebunden.

8. Auch wenn kein TV gilt oder dieser keine Kurzarbeitsklausel enthält:

Wie wurde die Kurzarbeit unter Beachtung der arbeitsrechtlichen Bestimmungen eingeführt ?

- Durch Betriebsvereinbarung mit dem Betriebsrat * Bei Betrieben ohne Betriebsrat durch Vereinbarung mit den Arbeitnehmern *
- Durch Änderungskündigungen *

vereinbart am mit Wirkung zum

Sonstiges / Anmerkungen: _____

.....

*** Bitte in Kopie der Anzeige beifügen !**

9. Im Betrieb bzw. in der von Kurzarbeit betroffenen Betriebsabteilung sind beschäftigt:
(einschließlich erkrankter, beurlaubter und geringfügig beschäftigter Arbeitnehmer)

10. Von einem Arbeitsausfall mit Entgeltausfall von mehr als 10 v.H. ihres Bruttoentgelts sind im jeweiligen Anspruchszeitraum (Kalendermonat) voraussichtlich betroffen :

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

Anmerkung zu 9. und 10.:

Bei der Zahl der Beschäftigten sind nicht mitzuzählen: Arbeitnehmer in beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen (Vollzeitmaßnahmen) mit Leistungsbezug, Heimarbeiter, Auszubildende sowie Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnis ruht (z.B. Grundwehrdienst- und Zivildienstleistende). Arbeitnehmer in einem Teilzeitarbeitsverhältnis gelten jeweils als eine Arbeitskraft.

Wichtiger Hinweis

Anspruch auf Kurzarbeitergeld haben nur Arbeitnehmer, die in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis stehen.

Für den gesamten Verlauf der Kündigungsfrist besteht für gekündigte Arbeitnehmer kein Kurzarbeitergeldanspruch. Dabei ist es unerheblich, ob die Kündigung durch den Arbeitgeber, Arbeitnehmer oder im beiderseitigen Einvernehmen (z.B. mittels Aufhebungsvertrag) erfolgte.

E: Angaben zum Arbeitsausfall

12. Der Arbeitsausfall beruht auf folgenden Gründen:

(Bitte machen Sie zu diesem Punkt auch Angaben zu Ihrem Betrieb, z.B. Beschreibung des Betriebszwecks, welche Produkte bzw. Dienstleistungen Sie anbieten, in welcher Branche bzw. für welche Auftraggeber Sie überwiegend tätig sind und welche Ursachen der Arbeitsausfall / Auftragsmangel Ihrer Meinung nach hat.)

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

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

Wenn Ja, machen Sie bitte hierzu im Punkt 12 möglichst ausführliche Angaben !

14. Bitte belegen Sie Ihre Unterauslastung mit konkreten Zahlen bzw. betriebswirtschaftlichen Auswertungen:

Zeitpunkt	Arbeitnehmer (vgl. Nr. 9.)	Umsatz, Produktion <i>oder</i> Auftragsbestand (z.B. in EURO, Stück, Projekten o.ä.)
Monat, in dem die Kurzarbeit beginnt (Schätzung)		
Vergleichsmonat des Vorjahres		
1 Monat vor Einführung der Kurzarbeit		
2 Monate vor Einführung der Kurzarbeit		
3 Monate vor Einführung der Kurzarbeit		

Folgende Produktionskapazität (folgender Umsatz *oder* Auftragsbestand) ist für eine Vollbeschäftigung erforderlich:

monatlich

F: Maßnahmen zur Vermeidung des Arbeitsausfalles

15. Folgende Maßnahmen wurden bzw. werden getroffen, um dem Arbeitsausfall entgegen zu wirken und zur Vollarbeit zurück zu kehren (z.B. Steigerung der Vertriebsbemühungen, Werbemaßnahmen usw.):

16. Zur Vermeidung bzw. Verminderung des Arbeitsausfalles wurden -ggf. im Benehmen mit der Betriebsvertretung- Personalumsetzungen durchgeführt :

Nein Ja, folgender Art:

17. In meinem/ unserem Betrieb wird der Urlaub festgelegt:

durch Betriebsferien vom bis

individuell mittels Urlaubsliste / Urlaubsplan

Urlaubsansprüche für das ablaufende (kurz vor Ablauf des Urlaubsjahres) oder abgelaufene Urlaubsjahr bestehen

nicht mehr

noch für der in Nr. 9 genannten Zahl von Arbeitnehmern

Für diese Arbeitnehmer kann keine Bestimmung über den Antritt des Urlaubs getroffen werden, weil konkrete, zu berücksichtigende Urlaubswünsche (§ 7 Abs. 1 BUrlG) entgegen stehen.

Bitte geben Sie hierzu Name, Vorname der betroffenen Arbeitnehmer und zeitliche Festlegung auf Grund der Urlaubswünsche auf einem gesonderten Blatt an !

18. Sonstige Vorkehrungen:

(z.B. Aufräumungs-, Instandsetzungs-, oder Füllarbeiten, Abbau von Überstunden):

.....
.....

19. In meinem/ unserem Betrieb ist die Arbeitszeit flexibilisiert : Ja Nein

Wenn ja: Aus welchen Gründen kann der Arbeitsausfall nicht durch eine Anpassung der Arbeitszeit im Rahmen der Flexibilisierungsregelung im Betrieb vermieden werden ?

.....
.....

Begründung ggf. auf gesonderten Blatt fortsetzen ; bitte fügen Sie die Regelung über die Flexibilisierung der Arbeitszeit bei !

20. In meinem/ unserem Betrieb sind im Rahmen der Flexibilisierung der Arbeitszeit Arbeitszeitkonten eingerichtet: Ja Nein

Wenn ja:

Dient das Ansparen von Arbeitszeitguthaben einem bestimmten Zweck (z.B. für die vorzeitige Freistellung vor einer altersbedingten Beendigung des Arbeitsverhältnisses, zur Finanzierung einer Winterausfallgeld-Vorausleistung)? Ja Nein

Wenn ja, bitte den Zweck angeben:

.....
.....

21. In meinem / unserem Betrieb besteht eine Flexibilisierungsregelung, nach der mindestens 10 v.H. der ohne Mehrarbeit geschuldeten Jahresarbeitszeit für Arbeitszeitschwankungen eingesetzt werden kann : 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 Kug nach § 170 SGB III glaubhaft zu machen sind und der Arbeitgeber für grob fahrlässige oder vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben haftet. **Von dem Inhalt des Merkblattes 8 über Kug habe(n) ich(wir) Kenntnis genommen.**

Firmenstempel

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Bevollmächtigten

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