

Kunden-Nr. _____

3.2	Unmittelbar vor Aufnahme der Auslandsbeschäftigung (vgl. Nr. 2) hatte ich Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III (z.B. Arbeitslosengeld) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , bei der Agentur für Arbeit _____
3.3	Für die Zeit, für die ich mich versichern möchte, besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , bitte Nachweis beifügen.
4.	Beitragszahlung
	Der Beitrag wird <input type="checkbox"/> monatlich gezahlt. <input type="checkbox"/> einmalig als Jahresbeitrag gezahlt. Der Beitrag <input type="checkbox"/> wird von mir eingezahlt (z.B. per Dauerauftrag) <input type="checkbox"/> soll vom BA-Service-Haus im Lastschriftverfahren eingezogen werden; das erforderliche SEPA-Lastschriftmandat ist beigelegt.
5.	Angaben zur Auslandsbeschäftigung
	Die Auslandsbeschäftigung wird/wurde am _____ in _____ aufgenommen. Wenn Sie für Ihren Arbeitgeber sich ins außereuropäische Ausland begeben, bitte Nr. 6 bestätigen lassen. Die Auslandsbeschäftigung erfolgt im Rahmen einer Entsendung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , bitte Bestätigung des Arbeitgebers beifügen. Wegen der Auslandsbeschäftigung ändert sich meine Adresse (vgl. Nr. 1) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , bitte Adresse angeben: _____
6.	Arbeitgeberbestätigung
	Die antragstellende Person wird in unserem Auftrag tätig und erbringt für den dortigen Arbeitgeber/die Einsatzgesellschaft/im Beschäftigungsland die Arbeitsleistung. Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter wird in die organisatorische Einheit der Einsatzgesellschaft eingegliedert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Der Arbeitsplatz befindet sich in den Räumen der Einsatzgesellschaft. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Die Antragstellerin/der Antragsteller hat das Weisungsrecht gegenüber lokalen Arbeitnehmern <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt in der Einsatzgesellschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Die Beschäftigung im neuen Beschäftigungsland unterliegt der dortigen Arbeitslosenversicherung. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Für die Beschäftigung liegt eine Ausnahmereinbarung zum bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , bitte Nachweis der DVKA beifügen. Bestätigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers: _____ Ort, Datum, Unterschrift, Stempel
Erklärung: Ich versichere, die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen (z.B. Arbeitsaufnahme in Deutschland, Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III), die sich auf den Zeitraum beziehen, für den das Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag besteht, werde ich der Agentur für Arbeit unverzüglich anzeigen. Die "Hinweise zum Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag in der Arbeitslosenversicherung" habe ich erhalten und sie zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass die für die Versicherung erforderlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. _____ Ort, Datum _____ Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	
Die Richtigkeit der Änderung/Ergänzung wird bestätigt: _____ Ort, Datum _____ Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller	

Hinweis:

Die Bundesagentur für Arbeit führt die elektronische Akte. Bitte beachten Sie, dass die von Ihnen eingereichten Papierunterlagen nach Überführung in die elektronische Akte und nach einer Aufbewahrungszeit von 6 Wochen vernichtet werden. Sollten Sie Ihre Original-Unterlagen wieder benötigen, teilen Sie dies bitte rechtzeitig schriftlich Ihrer Agentur für Arbeit mit.

Kunden-Nr. _____



Bundesagentur für Arbeit

SEPA Lastschriftmandat

Mandatsreferenz _____

Ich ermächtige die Bundesagentur für Arbeit, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bundesagentur für Arbeit auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ihr Name:

.....
Name des Zahlungspflichtigen

Ihre Adresse:

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Land

Kreditinstitut

.....
Kreditinstitut (Name)

BIC

.....
Kreditinstitut (BIC)

IBAN

.....
IBAN

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE63ZZZ00000002521
Kennung des Zahlungsempfängers

Zahlungsempfänger

Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg

Die Abbuchung der Zahlung erfolgt zentral durch die Zentralkasse (Service-Haus) der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg.

Die Vorabinformation zum Lastschriftverfahren erfolgt durch die Bundesagentur für Arbeit gesondert über Bescheid oder Rechnung. Mit der Vorabinformation wird mindestens 1 Tag vor dem Fälligkeitstag der Lastschriftbetrag, der Fälligkeitstag und die Zweckbestimmung mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift
