

Kunden-Nr. _____

3.2	Innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit/Beschäftigung (vgl. Nr. 2) habe ich Arbeitslosengeld nach dem SGB III bezogen: von _____ bis _____ Kunden-Nr. _____ von _____ bis _____ Kunden-Nr. _____ bei der Agentur für Arbeit _____
3.3	Für die Zeit, für die ich mich freiwillig weiterversichern 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 laufend gezahlt. <input type="checkbox"/> als Jahresbeitrag gezahlt.
5.	Nur für Pflegepersonen
	Hiermit wird bestätigt, dass die Pflegetätigkeit wenigstens 14 Stunden wöchentlich umfasst. Pflegekasse: _____ Datum, Stempel, Unterschrift: _____
6.	Nur bei selbständiger Tätigkeit
6.1	Die selbständige Tätigkeit wurde am _____ aufgenommen. Die Aufnahme meiner selbständigen Tätigkeit wird mit einem Gründungszuschuss gefördert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , von der Agentur für Arbeit _____
6.2	Ich bin zum Geschäftsführer/Gesellschafter-Geschäftsführer bestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin am Kapital der Gesellschaft beteiligt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , in Höhe von _____ v.H. Die Beschlüsse kann ich mit Sperrminorität verhindern <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Mein versicherungsrechtlicher Status wurde durch die Einzugsstelle/Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund geklärt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , bitte Bescheid beifügen.
7.	Nur bei Auslandsbeschäftigung
	Die Auslandsbeschäftigung wurde am _____ aufgenommen. Die Auslandsbeschäftigung erfolgt im Rahmen einer Entsendung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wegen der Auslandsbeschäftigung (vgl. Nr. 1) ändert sich meine Adresse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja , bitte Adresse angeben: _____ _____
Erklärung: Ich versichere, sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Etwaige Änderungen (z.B. Arbeitsaufnahme in Deutschland, Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III), die sich auf den Zeitraum beziehen, für den die freiwillige Weiterversicherung besteht, werde ich der Agentur für Arbeit unverzüglich mitteilen. Das Merkblatt „Freiwillige Weiterversicherung in der Arbeitslosenversicherung“ habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen. _____ Ort, Datum _____ Unterschrift Antragsteller	
Die Richtigkeit der Angaben/Änderung/Ergänzung wird bescheinigt: _____ Unterschrift Antragsteller _____ Unterschrift Antragservice	