

Fragebogen zur Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses

Wir bitten Sie, den Fragebogen vollständig zu beantworten. Die Fragen beziehen sich auf Ihr letztes Arbeitsverhältnis. Möglicherweise können wir Sie unterstützen, allfällige Lohn- bzw. Entschädigungsansprüche gegenüber Ihrem ehemaligen Arbeitgeber geltend zu machen.

Bitte senden oder faxen Sie diesen Fragebogen immer umgehend an die zuständige ALK, wenn eine fristlose Auflösung und/oder Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Militärdienst während der Kündigung vorliegt!

Name Vorname: _____

AHV-Nr.: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____

ausgeübte Tätigkeit: _____

gewählte ALK: _____

Name/Adresse des Arbeitgebers: _____

Name Personalverantwortlicher: _____

Telefon: _____

1. Wer kündigte das Arbeitsverhältnis:

- Arbeitgeber/in Arbeitnehmer/in im gegenseitigen Einverständnis

2. Wie und wann wurde gekündigt:

schriftlich am _____

mündlich am _____

überhaupt nicht

⇒ Fortsetzung auf der Rückseite



3. Auf welchen Zeitpunkt wurde gekündigt: _____

fristlos

Haben Sie die Kündigung akzeptiert? Ja Nein

4.

a) Waren Sie zum Zeitpunkt der Kündigung oder während der Kündigungsfrist aus einem der folgenden Gründe an der Arbeitsleistung verhindert:

Krankheit Unfall Mutterschaft Militär- oder Zivildienst

Datum: von _____ bis _____ Nein

b) Waren Sie zum Zeitpunkt der Kündigung oder während der Kündigungsfrist schwanger?

Ja Nein

c) Leisteten Sie innert vier Wochen vor der Kündigung oder innert vier Wochen nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses Militär- oder Zivildienst?

Ja Nein

falls Ja: Dauer des Dienstes (von wann bis wann?) _____

5. Art des Arbeitsverhältnisses:

befristet (z.B. Saisonanstellung) unbefristet

6. Dauer des Arbeitsverhältnisses:

Beginn: _____ Ende: _____

7. Besteht ein schriftlicher Arbeitsvertrag? Ja Nein

Waren Sie einem Gesamtarbeitsvertrag unterstellt? Ja Nein

Name des GAV: _____

8. Dauer der vereinbarten Probezeit: _____

9. Dauer der Kündigungsfrist: _____

10. Grund der Kündigung (Stichworte): _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Visum GAA: _____