

Arbeitslosenversicherung

Firma

Rapport über die wirtschaftlich bedingten Ausfallstunden
 pro Betrieb bzw. Betriebsabteilung
 – Einzutragen sind die täglichen Ausfallstunden. –

Abrechnungsperiode (AP)

Betriebsabteilung

Ordentliches Verfahren

Mit ihrer **Unterschrift** bestätigen die von Kurzarbeit betroffenen Arbeitnehmenden jeweils Ende Monat die für sie geltend gemachten Arbeitsausfälle.

BUR-Nummer

Massgebende Arbeitszeit in der Abrechnungsperiode

vom _____ bis _____ Std./Tag vom _____ bis _____ Std./Tag

AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfall-Std. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Als verkürzt gilt die Arbeitszeit nur, wenn sie zusammen mit geleisteten Mehrstunden die normale Arbeitszeit nicht erreicht. Als Mehrstunden gelten alle ausbezahlten oder nicht ausbezahlten Stunden, welche die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit übersteigen. Nicht als Mehrstunden gelten Zeitsaldi bis zu 20 Arbeitsstunden aus betrieblichen Gleitzeitregelungen sowie betrieblich festgelegte Vor- oder Nachholstunden zum Überbrücken von Feiertagen. Jede arbeitnehmende Person muss auf diesem Formular die für sie geltend gemachten Ausfallstunden unterschriftlich bestätigen. Ausnahmsweise kann auch KAE für eine Person entrichtet werden, wenn für diese aus plausiblen Gründen keine Unterschrift mehr beigebracht werden kann (weil sie beispielsweise den Betrieb verlassen hat), und der Betrieb eine schriftliche Begründung einreicht. Auf die unterschriftliche Bestätigung jeder einzelnen arbeitnehmenden Person kann in Grossbetrieben ab ca. 100 Mitarbeitenden verzichtet werden, wenn

- eine für alle betroffenen Personen gültige Kurzarbeitsregelung mit erkennbarem Muster vorliegt (z. B. erste Gruppe Montag und Dienstag, zweite Gruppe Mittwoch und Donnerstag) und
- die monatlichen Ausfallstunden durch eine Arbeitnehmervertretung schriftlich bestätigt werden.

Summe



Mit ihrer **Unterschrift** bestätigen die von Kurzarbeit betroffenen Arbeitnehmenden jeweils Ende Monat die für sie geltend gemachten Arbeitsausfälle.

Übertrag

AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfall-Std. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="text"/>
AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="text"/>
AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="text"/>
AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="text"/>
AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="text"/>
AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="text"/>
AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="text"/>
AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="text"/>
AHV-Nummer										Name und Vorname										Unterschrift										Ausfallstd. total	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	<input type="text"/>

Summe

Mit ihrer **Unterschrift** bestätigen die von Kurzarbeit betroffenen Arbeitnehmenden jeweils Ende Monat die für sie geltend gemachten Arbeitsausfälle.

Übertrag

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Ausfall-Std. total

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

Ausfallstd. total

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

Ausfallstd. total

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

Ausfallstd. total

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

Ausfallstd. total

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

Ausfallstd. total

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

Ausfallstd. total

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

Ausfallstd. total

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

Ausfallstd. total

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

AHV-Nummer	Name und Vorname	Unterschrift
------------	------------------	--------------

Ausfallstd. total

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Summe