

Regionales Arbeitsvermittlungszentrum, RAV Zofingen
Forstackerstrasse 1, Postfach, 4800 Zofingen
Telefon +41 (62) 745 05 80
Fax +41 (62) 745 05 75
Internet www.ag.ch/awa



Name Personalberater/in: _____

Meldeblatt

Name: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	PLZ/Ort: _____
SV-Nummer: _____	Arbeitslosenkasse: _____

Ich habe eine neue Mobile-Nummer oder Telefonnummer _____

Ich habe eine neue Adresse _____ ab _____

Ich habe eine neue Arbeitsstelle ab _____ Abmeldung vom RAV per _____

Zwischenverdienst (keine Abmeldung vom RAV)

unbefristet befristet bis _____ Pensum % _____ / Stunden _____ auf Abruf

Firma / Ort _____

Tätigkeit / Funktion _____

Ich beziehe Ferien / kontrollfreie Tage von _____ bis _____ Saldo kontrollfreie Tage _____

Wichtiger Hinweis: Ferien müssen mit diesem Formular mindestens 2 Wochen vor Beginn dem RAV gemeldet und in der Regel in Blöcken à 5 Tagen bezogen werden. Kontrollfreie Tage sind nur bezahlt, wenn der entsprechende Saldo besteht (siehe letzte Taggeldabrechnung). Ferien während einer arbeitsmarktlichen Massnahme sind nur möglich, wenn die Teilnahme 3 Monate und länger dauert und der Anbieter auch damit einverstanden ist.

Bestätigung AMM-Anbieter, Datum: _____ Stempel / Visum: _____

Ich bin arbeitsunfähig / vermittlungsunfähig von _____ bis _____

Krankheit Unfall Mutterschaft Militär Zivildienst

anderer Grund _____

Wichtiger Hinweis: Jede ganz oder teilweise Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft müssen Sie unverzüglich und ohne weitere Aufforderung nach deren Beginn dem RAV melden. Fehlende oder verspätete Meldungen können dazu führen, dass Ihre Taggelder gekürzt werden. Bei jeder krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit müssen Sie dem RAV ab dem 4. Tag unaufgefordert ein Arztzeugnis einreichen. Im wiederholten Fall und bei begründeten Zweifeln kann das RAV ab dem 1. Tag ein Arztzeugnis einfordern. Einen Unfall müssen Sie zusätzlich sofort Ihrer Arbeitslosenkasse melden.

Ich melde mich von der Arbeitsvermittlung (RAV) ab per _____

Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung abgelehnt Verzicht auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung

Verzicht auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung rückwirkend auf Anmeldedatum

Datum _____

Unterschrift der versicherten Person _____

Vom RAV auszufüllen

Kontrollbefreiung / vorübergehende Befreiung der Vermittlungsfähigkeit von _____ bis _____

Datum: _____ Stempel / Visum: _____