

Forderungsanmeldung für Arbeitnehmer/innen gegenüber der GZO AG Spital Wetzikon

Arbeitnehmer/in:

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Geburtsdatum: _____ AHV-Nr.: _____
Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____
Personal-Nr.: _____

Arbeitsverhältnis:

Beginn Arbeitsverhältnis: _____
Arbeitsvertrag gekündigt am: _____ durch: _____
Ende des Arbeitsverhältnisses: _____
Freistellung ab: _____
Quellensteuerpflichtig: Ja Nein

Forderungen:

1) Lohn

Zeitraum von _____ bis _____: CHF _____ brutto

2) Dienstzulagen

Monat _____ 2024: CHF _____ brutto
Monat _____ 2024: CHF _____ brutto
Monat _____ 2024: CHF _____ brutto
Monat _____ 2024: CHF _____ brutto
Total: CHF _____ brutto

3) 13. Monatslohn

Zeitraum von _____ bis _____: CHF _____ brutto

4) Ferienguthaben

Feriensaldo Tage _____ à CHF _____ / Tag: CHF _____ brutto

5) Überstunden

Anzahl Stunden _____ à CHF _____ / Stunde: CHF _____ brutto

6) Spesen

Zeitraum von _____ bis _____: CHF _____

7) Weitere Forderungen (z.B. variables Salär, DAG, etc.)

_____ CHF _____ brutto
_____ CHF _____ brutto
_____ CHF _____ brutto

Angaben zu Versicherungsleistungen/Ersatzeinkommen:

Insolvenzenschädigung beantragt Ja, Datum _____ Nein

Nur bei Freistellung auszufüllen:

Bei Arbeitslosenkasse angemeldet Ja, Datum _____ Nein

Kasse: _____

Neue Stelle angetreten in Kündigungsfrist: Ja, Datum _____ Nein

Verdienst aus neuem Arbeitsverhältnis:

Monat _____ 2024: CHF _____ brutto

Monat _____ 2024: CHF _____ brutto

Monat _____ 2024: CHF _____ brutto

Monat _____ 2024: CHF _____ brutto

Total: CHF _____ brutto

Beilagen: _____

Ich beanspruche für meine Forderung die Zulassung in der 1. Klasse gemäss Art. 219 Abs. 4 Erste Klasse SchKG, soweit meine Forderung die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Diese Forderungsanmeldung ist einzureichen an: Wenger Plattner, Service Center - GZO, Postfach 677, 8702 Zollikon