

Absender:  
**ARBEITSAMT PFARRKIRCHEN**  
**DIENSTSTELLE: ALTOETTING**  
**84503 ALTOETTING G.-MAYER-STR. 6-8**

Datum: 18.02.1998

Te1: 08671/986177

Arbeitsamt  
**PF 1156 84341 PFARRKIRCHEN**

Org.-Zeichen	Berufsklassenzahl
I572	6350

98-017826-18      02.98      1,10

Herrn/Frau  
**ROLAND**  
**LANER**  
**MOZARTSTR 15**  
  
**84489 BURGHAUSEN**

Versicherungsnummer
<b>14080170L033</b>
Geburtsdatum
<b>08.01.70</b>
Stamm-Nr.
<b>III 111-118073</b>

Dieses Schreiben wurde mit Hilfe einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage gefertigt und deshalb nicht unterschrieben. Für seine Rechtswirksamkeit ist die Unterschrift nicht erforderlich. Haben Sie bitte Verständnis dafür, wenn im Interesse eines möglichst geringen Verwaltungsaufwandes die Angaben knapp gehalten sind.

Hinweis:  
 An den in das Papier hellblau eingefärbten Symbolen erkennen Sie, daß es sich um das Original des Schriftstückes handelt.

Geben Sie bitte bei Anfragen und Mitteilungen an das Arbeitsamt die Stamm-Nr. an.

**B E W I L L I G U N G S B E S C H E I D**

Ihnen werden Leistungen wie folgt zuerkannt:

Leistungsart	Kennziffer bei Zahlungen	Beginn/Änderung ab	Anspruchsdauer (Kalendertage)	Leistungsbetrag wöchentlich DM
<b>ARBEITSLOSENGELD</b>	<b>- 7002</b>	<b>01.01.98</b>	<b>*364</b>	<b>**228,97</b>

*mind. 976 DM monatl.*

**Berechnungsgrundlagen**

Bemessungsentgelt wöchentlich DM	Leistungsgruppe	Leistungsentgelt		Prozentsatz	Leistungssatz wöchentlich DM	davon abzusetzender wöchentlicher Anrechnungsbetrag
		nach Rechtsverordnung für	wöchentlich DM			
<b>*550</b>	<b>A</b>	<b>1998</b>	<b>**381,60</b>	<b>60</b>	<b>**228,97</b>	<b>*****</b>

**Auszahlung der Leistung**

Vom wchtl. Leistungsbetrag an andere Berechtigte ab-zuzweigender Teil DM	Zahlbetrag wöchentlich DM	Zahlbetrag fällig DM	Zahlungsweg/ Bankleitzahl	Kontonummer
<b>*****</b>	<b>**228,97</b>	<b>*32,71</b>	<b>710 610 09</b>	<b>218 510</b>

**Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung**

Krankenversicherung/Pflegeversicherung bei	Zuständiger Rentenversicherungsweig
<b>TECHNIKER-KRANKENKASSE</b>	<b>Rentenversicherung der Angestellten</b>

Gegen diesen Bescheid ist der Widerspruch zulässig. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei dem obenbezeichneten Arbeitsamt einzureichen, und zwar binnen eines Monats, nachdem der Bescheid Ihnen bekanntgegeben worden ist.

Beachten Sie darüber hinaus die Punkte auf der Rückseite!

A 017826 851118073

BA II DV 120 L222 - 001/98 (01)

0027



Absender:  
**ARBEITSAMT PFARRKIRCHEN**  
**DIENSTSTELLE: ALTOETTING**  
**84503 ALTOETTING G.-MAYER-STR. 6-8**

Datum: 02.09.1998

Tel: 08671/986177

Arbeitsamt  
**PF 1156 84341 PFARRKIRCHEN**  
**626//0009764/02//90471**

Org.-Zeichen	Berufsklassenzahl
<b>1570</b>	<b>6350</b>

Dieses Schreiben wurde mit Hilfe einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage gefertigt und deshalb nicht unterschrieben. Für seine Rechtswirksamkeit ist die Unterschrift nicht erforderlich. Haben Sie bitte Verständnis dafür, wenn im Interesse eines möglichst geringen Verwaltungsaufwandes die Angaben knapp gehalten sind.

Herrn/Frau  
**ROLAND**  
**LANER**  
**MOZARTSTR 15**  
  
**84489 BURGHAUSEN**

**09.98 1,10**

Versicherungsnummer
<b>14080170L033</b>
Geburtsdatum
<b>08.01.70</b>
Stamm-Nr.
<b>III 111-118073</b>

Geben Sie bitte bei Anfragen und Mitteilungen an das Arbeitsamt die Stamm-Nr. an.

Hinweis:

An den in das Papier hellblau eingefärbten Symbolen erkennen Sie, daß es sich um das Original des Schriftstückes handelt.



## B E W I L L I G U N G S B E S C H E I D

Ihnen werden Leistungen wie folgt zuerkannt:

Leistungsart	Kennziffer bei Zahlungen	Beginn/Änderung ab	Anspruchsdauer (Kalendertage)	Leistungsbetrag wöchentlich DM
<b>ARBEITSLOSENGELD</b>	<b>- 7002</b>	<b>21.08.98</b>	<b>*135</b>	<b>**228,97</b>

### Berechnungsgrundlagen

Bemessungsentgelt wöchentlich DM	Leistungsgruppe	Leistungsentgelt		Prozentsatz	Leistungssatz wöchentlich DM	davon abzusetzender wöchentlicher Anrechnungsbetrag
		nach Rechtsverordnung für	wöchentlich DM			
<b>*550</b>	<b>A</b>	<b>1998</b>	<b>**381,60</b>	<b>60</b>	<b>**228,97</b>	<b>*****</b>

### Auszahlung der Leistung

Vom wchtl. Leistungsbetrag an andere Berechtigte abzuzweigender Teil DM	Zahlbetrag wöchentlich DM	Zahlbetrag täglich DM	Zahlungsweg/ Bankleitzahl	Kontonummer
<b>*****</b>	<b>**228,97</b>	<b>*32,71</b>	<b>710 610 09</b>	<b>218 510</b>

### Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung

Krankenversicherung/Pflegeversicherung bei	Zuständiger Rentenversicherungszweig
<b>TECHNIKER-KRANKENKASSE</b>	<b>Rentenversicherung der Angestellten</b>

Gegen diesen Bescheid ist der Widerspruch zulässig. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei dem obenbezeichneten Arbeitsamt einzureichen, und zwar binnen eines Monats, nachdem der Bescheid Ihnen bekanntgegeben worden ist.

Beachten Sie darüber hinaus die Punkte auf der Rückseite!

A 009764 851118073

BA II DV 120 L222 - 001/98 (01)

0059



Absender:  
**ARBEITSAMT PFARRKIRCHEN**  
**Dienststelle: ALTOETTING**  
**84503 ALTOETTING G.-MAYER-STR. 6-8**

Datum: 10.12.1998

Telefon: 08671/986177

Arbeitsamt  
**PF 1156 84341 PFARRKIRCHEN**  
**742//0001395/10//90471**

Org.-Zeichen Vermittlung	Berufsklassenzahl
<b>I 570</b>	<b>6350</b>

Dieses Schreiben wurde mit Hilfe einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage gefertigt und deshalb nicht unterschrieben. Für seine Rechtswirksamkeit ist die Unterschrift nicht erforderlich. Haben Sie bitte Verständnis dafür, wenn im Interesse eines möglichst geringen Verwaltungsaufwandes die Angaben knapp gehalten sind.

Herrn/Frau  
**ROLAND**  
**LANER**  
**MOZARTSTR 15**  
  
**84489 BURGHAUSEN**

12.98 1,10

Versicherungsnummer	
<b>14080170L033</b>	
Geburtsdatum	
<b>08.01.70</b>	
Org.-Zeichen Leistungs-Abt.	Kundennummer
<b>III 111</b>	<b>851A118073</b>

Geben Sie bitte bei Anfragen und Mitteilungen an das Arbeitsamt das Org.-Zeichen Leistungs-Abt. und die Kundennummer an.

Hinweis:  
 An den in das Papier hellblau eingefärbten Symbolen erkennen Sie, daß es sich um das Original des Schriftstückes handelt.

**B E W I L L I G U N G S B E S C H E I D**

Ihnen werden Leistungen wie folgt zuerkannt:

Leistungsart	Kennziffer bei Auszahlung	vom	bis	Insgesamt erworbene Anspruchsdauer (Kal.-Tage)	Leistungsbetrag wöchl. DM
<b>ARBEITSLOSENGELD</b>	<b>- 7002</b>	<b>14.11.98</b>	<b>02.12.98</b>	<b>**50</b>	<b>**228,97</b>

Grund für die befristete Bewilligung:

**Anspruch auf Kranken-/Versorgungskranken-/Verletztengeld ab: 03.12.98**

**Berechnungsgrundlagen**

Bemessungsentgelt wöchentl. DM	Leistungsgruppe	Leistungsentgelt		Prozentsatz	Leistungssatz wöchentl. DM	davon abzusetzender wöchentlicher Anrechnungsbetrag
		nach Rechtsverordnung für	wöchentl. DM			
<b>*550</b>	<b>A</b>	<b>1998</b>	<b>**381,60</b>	<b>60</b>	<b>**228,97</b>	<b>*****</b>

**Auszahlung der Leistung**

Vom wöchl. Leistungsbetrag an andere Berechtigte abzuzweigender Teil DM	Zahlbetrag wöchentl. DM	Zahlbetrag täglich DM	Zahlungsweg/ Bankleitzahl	Kontonummer
<b>*****</b>	<b>**228,97</b>	<b>*32,71</b>	<b>710 610 09</b>	<b>218 510</b>

**Kranken-/Pflege-/Rentenversicherung**

Krankenversicherung/Pflegeversicherung bei	Zuständiger Rentenversicherungszweig
<b>TECHNIKER-KRANKENKASSE</b>	<b>Rentenversicherung der Angestellten</b>

Gegen diesen Bescheid ist der Widerspruch zulässig. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei dem obenbezeichneten Arbeitsamt einzureichen, und zwar binnen eines Monats, nachdem der Bescheid Ihnen bekanntgegeben worden ist.

Beachten Sie darüber hinaus die Punkte auf der Rückseite!

E 001395 851851A118073

0063

