LANDESAMT FÜR ARBEITSBESCHAFFUNG



Erklärung zur körperlichen TAUGLICHKEIT

|  |  |
| --- | --- |
| *Datumstempel der ZS* | *Datumstempel des AA* |
|

***Sie können die Angaben hier oben durch eine Identifizierungsvignette ersetzen***

**arbeitnehmer :** *⎯⎯⎯⎯⎯⎯/⎯⎯⎯-⎯⎯*

 ENSS (siehe Personalausweis) *NAME Vorname*

|  |
| --- |
|  **VOn DER ODER DEM ARBEITNEHMENDEN AUSZUFÜLLEN** |
| ❒ Ich habe mich am \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ spontan für erwerbsfähig erklärt❒ Ich bin von den im Rahmen der Kranken- und Invalidenversicherung zuständigen medizinischen Instanzen am[[1]](#footnote-1) \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ für erwerbsfähig erklärt worden.❒ Ich bin mit dieser Erwerbsfähigkeitsentscheidung einverstanden❒ Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis und bin für **zeitweilig** gesundheitlich unfähig erklärt worden, die vertraglich vereinbarte Arbeit auszuüben.Ein Wiedereingliederungsprogramm wurde beantragt oder wird derzeit durchlaufen:❒ Ja, und ich füge ein Formular C27-Wiedereingliederung bei.❒ Nein, und ich verpflichte mich, bei einem späteren Antrag auf ein Wiedereingliederungsprogramm ein Formular C27- Wiedereingliederung einzureichen.❒ Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis und bin für **endgültig** gesundheitlich unfähig erklärt worden, die vertraglich vereinbarte Arbeit auszuüben. Ich füge das Formular C27-Wiedereingliederung bei.❒ Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis und das spezifische Verfahren „Ende des Arbeitsvertrages wegen medizinisch bedingter höherer Gewalt“ wurde gestartet.Ich füge das Formular C27-Ende Arbeitsvertrag bei.❒ Ich bin mit dieser Erwerbsfähigkeitsentscheidung nicht einverstanden❒ Ich lege keinen Einspruch ein❒ Ich lege einen Einspruch vor dem Arbeitsgericht von ein Als Beweis meiner gerichtlichen Klage füge ich ❒ eine Kopie meiner Antragsschrift bei. ❒ eine Bescheinigung der Kanzlei des Arbeitsgerichts bei.Ich verpflichte mich, das LfA unverzüglich von jeder gerichtlichen Entscheidung, die in diesem Rechtsstreit getroffen würde, zu benachrichtigen.❒ Ich befand mich in Mutterschaftsurlaub und das voraussichtliche Datum der Entbindung war der \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ ❒ Die Entscheidung des Direktors des Arbeitslosenamtes des LfA, die betreffende Person wegen ihrer Erwerbsunfähigkeit nicht zu entschädigen, wurde vom Gericht aufgehoben.Ich erkläre hiermit, dass ich auf mein von der Kranken- und Invalidenversicherung erhaltenes Krankengeld verzichte, falls das LfA den Betrag des erhaltenen Krankengeldes an die Versicherungsanstalt zurückzahlt, und zwar bis zum Betrage des Arbeitslosengeldes, welches das LfA mir schuldet.**Ich beantrage :**❒ Arbeitslosengeld bei Vollarbeitslosigkeit für die Zeit ab dem: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_❒ Arbeitslosengeld bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit für die Zeit ab dem: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_Zwischen dem Tag, an dem ich wieder erwerbsfähig geworden bin, und dem Tag meines Arbeitslosengeldantrages, habe ich aus nachfolgendem Grund kein Arbeitslosengeld beantragt:  **Ich erkläre ehrenwörtlich, dass vorliegende Erklärung richtig und vollständig ist.***Ihre Erklärungen werden in elektronischen Dateien gespeichert und bearbeitet. Näheres über den Schutz dieser Daten erfahren Sie in der LfA-Broschüre zum Thema Schutz des Privatlebens. Informationen zur Arbeitslosenversicherung finden Sie auf www.lfa.be.* *Datum* \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ *Unterschrift des Arbeitnehmers* |
|  |



1. Füllen Sie dieses Feld bitte auch dann aus, wenn Ihr Antrag auf Krankengeld verweigert wurde, weil die zuständigen Instanzen Sie nicht als erwerbsunfähig im Sinne der Kranken- und Invalidenversicherung ansehen. [↑](#footnote-ref-1)