Antrag auf Erstattung von Kosten für die Teilnahme an Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

Wozu dient dieses Formular?

Falls Beschäftigten nach dem 31.03.2025 gekündigt wurde und ihnen eine Kündigungsfrist oder Kündigungsentschädigung von mindestens 30 Wochen zusteht, haben sie das Recht, Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu durchlaufen.

Die oder der Beschäftigte, der ehemalige Arbeitgeber oder der professionelle Dienstleister können in dem Fall bei dem LfA die Erstattung der Kosten dieser Maßnahme zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in Höhe von bis zu 1.800 Euro beantragen.

Diese – auf 1 800 EUR gedeckelte – Kostenerstattung wird mit diesem Formular beantragt. Diesem Formular müssen alle nötigen Anlagen beigefügt werden.

Was müssen Sie konkret unternehmen?

Die Person, die die Kosten getragen hat, füllt dieses Formular aus und reicht es bei dem für den Wohnort der oder des Beschäftigten zuständigen Arbeitslosenamt des LfA ein.

Es müssen alle nötigen Anlagen beigefügt werden. Ohne diese Anlagen kann der Antrag nicht angenommen werden.

Die nötigen Anlagen sind:

* eine umfassende Beschreibung der durchlaufenen Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit;
* eine vom Empfänger unterzeichnete Erklärung, dass die durchlaufenen Maßnahmen tatsächlich darauf abzielten, Schritte im Hinblick auf eine Beschäftigung bei einem neuen Arbeitgeber oder auf eine Existenzgründung zu unternehmen;
* der Nachweis, dass die Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit tatsächlich und in ihrer Gesamtheit durchlaufen wurden;
* eine Übersicht über die Kosten der durchlaufenen Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und einen Nachweis über deren tatsächliche Zahlung.

Der Erstattungsantrag muss bei dem LfA spätestens am letzten Tag des dritten Quartals eingehen, das auf das Quartal folgt, in dem entweder das tatsächliche Ende der Kündigungsfrist oder das Ende des Zeitraums, den die Kündigungsentschädigung abdeckt, liegt.

Und dann?

Das LfA schickt Ihnen einen Brief mit seiner Entscheidung.

Benötigen Sie weitere Informationen?

Wenn Sie die Bedingungen für die Erstattung erfahren möchten oder andere Informationen benötigen, lesen Sie bitte das Infoblatt „T192“, das bei dem LfA oder auf der LfA-Website [www.lfa.be](https://www.rva.be) erhältlich ist.

|  |  |
| --- | --- |
| ..\LFA_NB.gif | **Antrag auf Erstattung von Kosten für die Teilnahme an Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit**  **Artikel 39ter des Gesetzes vom 3. Juli 1978 über die Arbeitsverträge**  **Artikel 7, § 1, dritter Absatz, zh), und § 1nonies des Erlassgesetzes vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer, betreffend das Verfahren zur Erstattung von Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit**  **Königlicher Erlass vom 12. Juni 2024 zur Durchführung von Artikel 7, § 1, dritter Absatz, zh), und § 1nonies des Erlassgesetzes vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer, betreffend das Verfahren zur Erstattung von Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit** |
| *Die Angaben werden in elektronischen Dateien verarbeitet und gespeichert. Nähere Informationen über den Schutz dieser Daten finden Sie in der Broschüre zum Thema Schutz des Privatlebens, die das LfA für Sie bereithält.* | | | |
| **RUBRIK I – Identifizierungsangaben** | | | |
| *Dieser Abschnitt muss immer vollständig ausgefüllt werden, auch wenn der Antrag nicht von dieser Person oder Instanz stammt.* | | | |
| **Arbeitnehmer/-in**  \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_  *ENSS(siehe Personalausweis) NACHNAME und Vorname*    *Adresse*  **Arbeitgeber**  ⎯⎯⎯ ⎯⎯⎯ ⎯⎯  *Name oder Gesellschaftsname Arbeitgeberkategorie Paritätische Kommission*    ⎯⎯⎯⎯⎯⎯⎯ ⎯⎯⎯ *oder* [⎯]⎯⎯⎯⎯⎯⎯ ⎯⎯  *Unternehmensnummer LSS-Nummer*    *Adresse*  **professioneller**  ⎯⎯⎯ ⎯⎯⎯ ⎯⎯  **Dienstleister** *Name oder Gesellschaftsname Arbeitgeberkategorie Paritätische Kommission*    ⎯⎯⎯⎯⎯⎯⎯ ⎯⎯⎯ *oder* [⎯]⎯⎯⎯⎯⎯⎯ ⎯⎯  *Unternehmensnummer LSS-Nummer*    *Adresse* | | | |

|  |
| --- |
| **Rubrik II – Antrag** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ihr Antrag**    Wenn das Enddatum dieses Zeitraums nicht bekannt ist, tragen Sie bitte das gesetzlich vorgesehene Enddatum ein.    Die Person, die die Kosten getragen hat, ist der Empfänger der Kostenerstattung. | Der oben genannte Arbeitgeber hat der oder dem oben genannten Arbeitnehmenden gekündigt. Die oder der Arbeitnehmende hatte zum Zeitpunkt der Mitteilung der Kündigung theoretisch Anspruch auf eine Kündigungsfrist von mindestens 30 Wochen.  Der Zeitraum, den die Kündigungsfrist oder Kündigungsentschädigung abdeckt, läuft vom  \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_bis zum \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  Diese/-r Arbeitnehmende hat an Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit teilgenommen. Die Kosten, die dadurch entstanden sind, wurden getragen von:  der oder dem Arbeitnehmenden  dem Arbeitgeber  dem professionellen Dienstleister |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Hiermit beantrage ich eine Erstattung dieser Kosten und werde in dieser Hinsicht als „Empfänger“ bezeichnet.  Die Kosten beziehen sich auf Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit, die **tatsächlich** durchlaufen wurden, und zwar während des Zeitraums:  vom \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_bis zum \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| Die Kostenerstattung durch das LfA ist auf 1 800 EUR gedeckelt. | | Während dieses Zeitraums betrugen die vom professionellen Dienstleister in Rechnung gestellten Kosten für die **tatsächlich** durchlaufenen Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_ \_\_ EUR. | |
| Sind hier gemeint: jede private oder öffentliche, belgische oder internationale Instanz oder Einrichtung, insbesondere eine Region, eine Gemeinschaft, ein sektoraler Fonds, ein Fonds für Existenzsicherheit oder ein Europäischer Fonds  Gemäß Artikel 33 des Gesetzes vom 23. Dezember 2005 über den Generationenpakt  Gemäß Artikel 6, §1, IX, 12° des Erlassgesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen  **ART DER ZAHLUNG DER KOSTENERSTATTUNG** | | Können diese Kosten auf eine andere Instanz oder Einrichtung übertragen werden?  Nein  Ja, in Höhe von \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_ EUR  Diese Kosten beziehen sich auf Maßnahmen, die während eines Zeitraums durchlaufen wurden, in dem die oder der Arbeitnehmende in einer Beschäftigungszelle eingetragen war  Nein  Ja, in Höhe von \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_EUR und für den Zeitraum  vom \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ bis zum \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  Diese Kosten beziehen sich auf ein Outplacement-Verfahren  Nein  Ja, in Höhe von \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , \_\_ \_\_ EUR  Ich bin mir bewusst, dass diese Kosten zunächst auf die betreffende Instanz oder Einrichtung übertragen werden müssen und dass die von dem LfA zu zahlende Erstattung auf die Kosten beschränkt ist, die nicht gemäß einer der oben genannten Annahmen berechnet werden können.  Die Kontonummer für die Überweisung des erstattbaren Betrags lautet:  Belgisches  ‑SEPA-Konto    Ausländische IBAN  SEPA\*‑-Konto  BIC    \* Die SEPA-Länder sind die 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union + Norwegen, Island, Liechtenstein und die Schweiz.  Dieses Konto läuft auf den Namen von: | |

**Erklärung**

Ich beschreibe die durchlaufenen Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit oder füge eine Anlage bei.

Ich erkläre, dass die durchlaufenen Maßnahmen aus dem unten beschriebenen Grund oder den unten beschriebenen Gründen tatsächlich darauf abzielten, Schritte im Hinblick auf eine Beschäftigung bei einem neuen Arbeitgeber oder auf eine Existenzgründung zu unternehmen:

Ich bestätige, dass die Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit tatsächlich und vollständig durchlaufen wurden.

Ich füge eine Übersicht über die Kosten der durchlaufenen Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und einen Nachweis über deren tatsächliche Zahlung bei.

Mir ist bekannt, dass keine Kostenerstattung gezahlt werden kann, wenn diese Erklärungen nicht abgegeben oder diese Unterlagen nicht beigefügt werden.

|  |  |
| --- | --- |
| **Unterschrift** |  |
| **Ich erkläre ehrenwörtlich, dass diese Erklärung richtig und vollständig ist.**  Datum \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  NAME und Unterschrift der oder des Arbeitnehmenden  Funktion des Empfängers *(\*)* | |

*(\*) Nur auszufüllen, wenn Sie ein Arbeitgeber oder ein professioneller Dienstleister sind.*