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] __ __ / __ __ / __ __ __ __ 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.