

Antrag auf Freistellung als nahestehende Hilfsperson

Wozu dient dieses Formular?

Sie sind vollarbeitslos und möchten von bestimmten Pflichten befreit werden, um

1. Palliativpflege zu leisten;
2. einem schwerkranken Haushaltsmitglied oder Familienangehörigen (verwandt oder verschwägert) bis 2. Grades beizustehen;
3. Ihrem unter-21-jährigen Kind mit Beeinträchtigung beizustehen.

Wird die Freistellung erteilt, sind Sie von der Pflicht befreit, sich beim zuständigen regionalen Arbeitsamt als arbeitssuchend eintragen zu lassen und auf Stellenangebote einzugehen, auch wenn die angebotene Arbeit zumutbar ist. Außerdem wird die Kontrolle Ihres Suchverhaltens ausgesetzt.

Während der Freistellung erhalten Sie einen niedrigeren Tagessatz.

Die Freistellung als nahestehende Hilfsperson kann für die Betreuung einer einzigen Person nicht mehreren arbeitslosen Personen zugleich erteilt werden.

Falls die Situation, die Ihren Antrag auf Freistellung veranlasst hat, sich ändert, dürfen Sie die Freistellung vorzeitig beenden.

Die Freistellung kann entzogen werden, falls der zugelassene Arzt des LfA feststellt, dass die ärztliche Bescheinigung des Fach- oder Hausarztes des Patienten keine Notwendigkeit der Betreuung belegt.

Rechtsgrundlage: Art. 90 KE 25.11.1991

Hat die Freistellung einen Einfluss auf die Dauer Ihres Anspruchs auf Berufseingliederungsgeld?

Falls Sie Berufseingliederungsgeld beziehen, hat die Freistellung keinerlei Einfluss auf Ihre Anspruchsdauer.

Hat die Freistellung einen Einfluss auf die Dauer Ihres Anspruchs auf Arbeitslosengeld bei Vollarbeitslosigkeit?

Falls Sie Arbeitslosengeld beziehen und die Übergangsmaßnahmen der Reform der Arbeitslosenversicherung auf Sie zutreffen, wird Ihre Anspruchsdauer um die Dauer Ihrer Freistellung verlängert, falls diese mindestens 6 Monate in Folge gedauert hat.

Falls die Freistellung vor Ablauf der ersten 6 Monate beendet wird, gibt es also keine Verlängerung der Anspruchsdauer.

Wird die Freistellung vorzeitig beendet, muss das Arbeitslosengeld in bestimmten Fällen zurückgezahlt werden.

Falls Sie die Freistellung vorzeitig beenden wollen, kontaktieren Sie bitte Ihre Zahlstelle (CGSLB, CSC, FGTB, HfA).

Brauchen Sie weitere Informationen?

Wenn Sie weitere Informationen über diese Freistellung und über die Verlängerungsmöglichkeiten benötigen:

- kontaktieren Sie bitte Ihre Zahlstelle (CGSLB, CSC, FGTB oder HfA);
- lesen Sie das Infoblatt T154 „Möchten Sie als nahestehende Hilfsperson agieren?“

Die Infoblätter sind bei Ihrer Zahlstelle oder beim Arbeitslosenamt des LfA erhältlich und können von der Website www.lfa.be heruntergeladen werden.

Was müssen Sie mit dem Formular machen?

Füllen Sie das Formular aus.

Im linken Seitenrand finden Sie Informationen, die Ihnen beim Ausfüllen dieses Formulars helfen werden.

Vergessen Sie bitte nicht, auf jeder Seite des Formulars Ihre Erkennungsnummer des Nationalregisters (ENSS) anzugeben.

Wenn Sie die Freistellung beantragen, um Palliativpflege zu leisten oder um einem schwerkranken Haushaltsmitglied oder Familienangehörigen (verwandt oder verschwägert) bis 2. Grades beizustehen, bitten Sie den Fach- oder Hausarzt des Patienten, die Bescheinigung auf der Rückseite auszufüllen.

Wenn Sie die Freistellung beantragen, um einem Kind mit Beeinträchtigung beizustehen, fügen Sie bitte eine Bescheinigung des FÖD Soziale Sicherheit, Generaldirektion Personen mit Behinderung, bei.

Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular bei Ihrer Zahlstelle ab (CGSLB, CSC, FGTB oder HfA).

Und dann?

Die Zahlstelle übermittelt die Unterlagen an das LfA.

Das LfA schickt Ihnen ein Schreiben mit seiner Entscheidung.

In der Zwischenzeit müssen Sie allen Ihren Pflichten als arbeitslose Person weiter nachkommen.



Antrag auf Freistellung als nahestehende Hilfsperson

(Art. 90 AR 25.11.1991)

Von der arbeitslosen Person auszufüllen

Die Daten werden in Computerdateien verarbeitet und gespeichert. Informationen zum Datenschutz finden Sie in der LfA-Broschüre zum Thema Schutz der Privatsphäre.

Datumsstempel der
Zahlstelle

Ihre Personalien

Vorname und Nachname

Straße und Nummer

Postleitzahl und Gemeinde

Ihre ENSS befindet sich auf Ihrem
Personalausweis.

Erkennungsnr. des Nationalregisters (ENSS) _____ / _____ - _____

Die Angaben „Telefon“ und „E-Mail“
sind fakultativ.

Telefon _____

E-Mail _____

Ihr Antrag auf eine Freistellung

Ich beantrage die Freistellung für den Zeitraum vom
____ / ____ / ____ bis einschließlich zum ____ / ____ / ____ , um als
nahestehende Hilfsperson **die nachfolgende Person zu betreuen:**

Unter Palliativpflege versteht man jede Form
von Beistand (medizinisch, sozial,
administrativ und moralisch) und Pflege an
Personen, die an einer unheilbaren Krankheit
leiden und sich im Endstadium befinden.

Die Dauer der Freistellung im Falle von
Palliativpflege beträgt für jede
pflegebedürftige Person mindestens 1 Monat
und höchstens 2 Monate. Falls die
Höchstdauer nicht erreicht wurde, kann ein
neuer Antrag gestellt werden. Dafür müssen
Sie ein neues Formular einreichen.

Schwer krank bezeichnet jede Krankheit oder
jeden medizinischen Eingriff, den der Arzt des
Patienten als schwerwiegend einstuft und bei
dem er eine Betreuung zur Genesung für
notwendig hält.

Haushaltsmitglied ist jede Person, mit der
Sie unter einem Dach zusammenwohnen und
mit der Sie den Haushalt wirtschaftlich
gemeinsam betreiben.

Der Begriff **Verwandter oder Verschwägerter
bis 2. Grades** wird im Infoblatt T154 „Sie
möchten als nahestehende Hilfsperson
agieren?“ definiert.

Diese Freistellung kann für mindestens 3
Monate und höchstens 12 Monate pro Antrag
gewährt werden und kann auch erneuert
werden. Die zusammengefasste Dauer der
Freistellungszeiträume zur Betreuung eines
schwerkranken Angehörigen oder eines
Kindes mit Behinderung darf höchstens 48
Monate betragen.

_____ (Vorname, Nachname)
Erkennungsnummer des Nationalregisters (ENSS) :

_____ / _____ - _____

Diese **Betreuung** als nahestehende Hilfsperson besteht darin,

☐ **Palliativpflege** zu leisten

Ich bitte den Fach- oder Hausarzt des Patienten, die Bescheinigung auf der
Rückseite des Formulars auszufüllen.

☐ einem **schwerkranken** Haushaltsmitglied oder Familienangehörigen (verwandt
oder verschwägert) bis 2. Grades beizustehen.

Ich bitte den Fach- oder Hausarzt des Patienten, die Bescheinigung auf der
Rückseite des Formulars auszufüllen.

Diese schwerkranke Person ist

☐ Mitglied meines Haushalts

☐ mit mir bis 2. Grades verwandt oder verschwägert. Diese Person ist:

(zum Beispiel: mein Kind, meine Mutter, mein Schwager ...)

Nationalregisternummer (ENSS) der arbeitslosen Person ____ / ____ - ____

Diese Freistellung kann für mindestens 3 Monate und höchstens 12 Monate pro Antrag gewährt werden und kann auch erneuert werden. Die zusammengefasste Dauer der Freistellungszeiträume zur Betreuung eines schwerkranken Angehörigen oder eines Kindes mit Behinderung darf höchstens 48 Monate betragen.

- ☐ einem unter 21-jährigen **Kind mit Beeinträchtigung** beizustehen.

Ich füge eine Bescheinigung des FÖD Soziale Sicherheit, Generaldirektion der Personen mit Behinderung bei, aus der hervorgeht, dass die Beeinträchtigung des Kindes die Anerkennung von mindestens 4 Punkten in der 1. Säule der sozialmedizinischen Tabelle im Sinne der Kindergeldvorschriften zur Folge hat (*in dem Fall braucht die untenstehende Bescheinigung nicht ausgefüllt zu werden*).

Bescheinigung, die vom Haus- oder Facharzt des Patienten ausgefüllt werden muss

(Lassen Sie diese Bescheinigung ausfüllen, falls Sie als nahestehende Hilfsperson Palliativpflege leisten möchten oder einem schwerkranken Haushaltsmitglied oder Familienangehörigen bis 2. Grades beistehen möchten)

- ☐ Es wird Palliativpflege geleistet

Ich erkläre, dass die auf Vorderseite genannte Person Palliativpflege benötigt.

- ☐ Es wird einem schwerkranken Haushaltsmitglied oder Familienangehörigen bis 2. Grades beigestanden

Ich erkläre, dass die auf der Vorderseite genannte Person an einer schweren Krankheit leidet und Pflege benötigt.

Datum ____ / ____ / ____

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Die Freistellung kann entzogen werden, falls der zugelassene Arzt des LfA feststellt, dass die ärztliche Bescheinigung des Fach- oder Hausarztes des Patienten keine Notwendigkeit der Betreuung belegt. Er kann auch zusätzliche Auskünfte bei dem Arzt einholen, der die Bescheinigung ausgestellt hat (Art. 90, § 3, Absatz 5 des KE vom 25.11.1991).

Ihre Bitte um Beendigung

Wenn die Situation sich ändert, dürfen Sie darum bitten, dass die Freistellung vorzeitig beendet wird.

Achtung: Eine vorzeitige Beendigung der Freistellung kann sich auf die Dauer Ihres Anspruchs auf Arbeitslosengeld auswirken. In bestimmten Fällen muss das Arbeitslosengeld zurückgezahlt werden. Wenden Sie sich bitte unbedingt an Ihre Zahlstelle (CGSLB, CSC, FGTV, HfA), bevor Sie die Freistellung beenden.

Ich bitte um die vorzeitige Beendigung meiner Freistellung als nahestehende Hilfsperson zum ____ / ____ / ____ , und zwar aus dem nachfolgenden Grund:

.....
.....

Unterschrift

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass die gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Datum: ____ / ____ / ____

Unterschrift