



Erklärung im Hinblick auf einen Arbeitslosengeldbezug bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit wegen medizinisch bedingter höherer Gewalt im Rahmen des besonderen Verfahrens „Beendigung des Arbeitsvertrags aufgrund medizinisch bedingter höherer Gewalt“ (Artikel 34 des Gesetzes vom 3. Juli 1978 über die Arbeitsverträge und Artikel I.4-82/1 von Buch I, Titel 4 des Gesetzbuchs über das Wohlbefinden bei der Arbeit)

Wozu dient dieses Formular?

Wenn Sie von dem Vertrauensarzt der Krankenkasse für am allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitsfähig seiend befunden werden, aber noch nicht in der Lage sind, Ihre derzeitige Funktion bei Ihrem Arbeitgeber auszuüben, haben Sie im Rahmen des besonderen Verfahrens „Beendigung des Arbeitsvertrags aufgrund medizinisch bedingter höherer Gewalt“ unter folgenden Bedingungen Anspruch auf Arbeitslosengeld bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit wegen medizinisch bedingter höherer Gewalt:

- Sie sind seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig und
- es läuft kein Wiedereingliederungsprogramm.

Sie müssen dem LfA mit diesem Formular bestimmte Informationen mitteilen. Außerdem müssen Sie sich dazu verpflichten, dem LfA¹ oder Ihrer Zahlstelle jede neue Information in Bezug auf das Zustandekommen, den Verlauf und den Ausgang des besonderen Verfahrens „Beendigung des Arbeitsvertrags aufgrund medizinisch bedingter höherer Gewalt“ **umgehend und spätestens innerhalb von 15 Kalendertagen** mitzuteilen.

Beispiel:

- die Entscheidung des Arbeitsarztes, in der Sie als endgültig gesundheitlich unfähig befunden werden, die vereinbarte Arbeit auszuüben;
- die Tatsache, dass Sie gegen diese Entscheidung einen Einspruch einreichen;
- die Tatsache, ob Sie beantragt haben, dass die Möglichkeiten einer angepassten oder alternativen Arbeit geprüft werden;
- Ihre Annahme oder Ablehnung des von Ihrem Arbeitgeber vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplans;
- die Nichterstellung eines Plans durch den Arbeitgeber;
- ...

Benötigen Sie weitere Informationen?

Wenn Sie nähere Auskünfte benötigen:

- wenden Sie sich bitte an Ihre Zahlstelle (CGSLB, CSC, FGTB oder HfA);
- lesen Sie die Infoblätter zum Thema zeitweilige Arbeitslosigkeit.

Diese Infoblätter sind bei Ihrer Zahlstelle oder bei dem Arbeitslosenamt des LfA erhältlich und können von der LfA-Website www.lfa.be in der Rubrik „Zeitweilige Arbeitslosigkeit“ heruntergeladen werden.

Was müssen Sie mit diesem Formular tun?

Sie füllen das Formular aus und übermitteln es bitte an Ihre Zahlstelle (CGSLB, CSC, FGTB, HfA/CAPAC).

Und dann?

Die Zahlstelle übermittelt dieses Formular samt dem Formular C6, mit dem Sie Arbeitslosengeld bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit wegen medizinisch bedingter höherer Gewalt beantragen können, an das LfA und hält Sie über den Stand der Bearbeitung Ihrer Akte auf dem Laufenden.

¹ Dies ist beispielsweise über das Kontaktformular auf der LfA-Website möglich.



Erklärung im Hinblick auf einen Arbeitslosengeldbezug bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit wegen medizinisch bedingter höherer Gewalt im Rahmen des besonderen Verfahrens „Beendigung des Arbeitsvertrags aufgrund medizinisch bedingter höherer Gewalt“ (Artikel 34 des Gesetzes vom 3. Juli 1978 über die Arbeitsverträge und Artikel I.4-82/1 von Buch I, Titel 4 des Gesetzsbuchs über das Wohlbefinden bei der Arbeit)

Datumsstempel AA

Meine Identität

NACHNAME und Vorname

Ihre ENSS steht auf Ihrem Personalausweis.

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

Meine Erklärung

Kreuzen Sie das Feld an, das auf Ihre Situation zutrifft.

- ☐ Ich habe ☐ mein Arbeitgeber hat eine Notifizierung per Einschreiben vom ____ / ____ / ____ bei dem Arbeitsarzt eingereicht, damit festgestellt wird, ob es mir endgültig unmöglich ist, die vereinbarte Arbeit auszuüben. Ich füge eine Kopie des Nachweises dieser Notifizierung bei.
- ☐ Ich habe keiner der drei Einladungen des Arbeitsarztes Folge geleistet.
- ☐ Ich wurde von dem Arbeitsarzt für endgültig gesundheitlich unfähig erklärt, die vereinbarte Arbeit bei meinem Arbeitgeber wieder aufzunehmen, und zwar am ____ / ____ / ____.
Ich füge eine Kopie des Beurteilungsformulars des Arbeitsarztes bei.
- ☐ Ich bin damit nicht einverstanden und habe am ____ / ____ / ____ einen Einspruch gegen diese Entscheidung eingereicht.
Sobald eine Entscheidung getroffen wird, verpflichte ich mich, das Ergebnis des Einspruchs dem LfA oder meiner Zahlstelle mitzuteilen.
- ☐ Ich habe darum gebeten, dass bei meinem Arbeitgeber die Möglichkeiten einer angepassten oder alternativen Arbeit geprüft werden.
- ☐ Der Arbeitsarzt hat festgestellt, dass ich nicht endgültig gesundheitlich unfähig bin, die vereinbarte Arbeit auszuüben.
Ich füge eine Kopie des Beurteilungsformulars des Arbeitsarztes bei.

Unterschrift

Ihre Angaben werden in elektronischen Dateien gespeichert. Nähere Informationen über den Schutz dieser Daten finden Sie in der Broschüre zu Thema Schutz des Privatlebens, die das LfA für Sie bereithält. Weitere Informationen finden Sie auf www.lfa.be.

Ich verpflichte mich, dem LfA oder meiner Zahlstelle jede neue Information in Bezug auf das Zustandekommen, den Verlauf und den Ausgang des besonderen Verfahrens „Beendigung des Arbeitsvertrags aufgrund medizinisch bedingter höherer Gewalt“ **umgehend und spätestens innerhalb von 15 Kalendertagen** nach dem Datum, an dem mir die Information mitgeteilt wird, weiterzuleiten.

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass diese Meldung richtig und vollständig ist.

Datum: ____ / ____ / ____

Unterschrift: