



LANDESAMT FÜR ARBEITSBESCHAFFUNG

ERKLÄRUNG ZUR KÖRPERLICHEN TAUGLICHKEIT

VON DER ZAHLSTELLE AUSZUFÜLLEN	
<input type="checkbox"/>	erster Antrag
<input type="checkbox"/>	letzter entschädigter Tag in V.a.

Datumstempel der ZS

Datumstempel des AA

Sie können die Angaben hier oben durch eine Identifizierungsvignette ersetzen

ARBEITNEHMER : ____ / ____ / ____ - ____ - ____ NAME Vorname

Adresse

Sie füllen die RUBRIK I selbst aus und falls erforderlich lassen Sie die RUBRIK II von Ihrer Krankenkasse ausfüllen. Sie geben dieses Formular anschließend bei Ihrer Zahlstelle ab.

RUBRIK I - VOM ARBEITNEHMER AUSZUFÜLLEN

- Ich habe mich am ____ / ____ / ____ spontan für arbeitsfähig erklärt
- Ich bin von den im Rahmen der Kranken- und Invalidenversicherung befugten medizinischen Instanzen am ____ / ____ / ____ als arbeitsfähig befunden worden.
 - Ich bin mit dieser Fähigkeitsentscheidung einverstanden
 - Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis und bin medizinisch für **zeitweilig** unfähig erklärt worden, die vertraglich vereinbarte Beschäftigung auszuüben. Ein Wiedereingliederungsprogramm wurde beantragt oder wird derzeit durchlaufen:
 - Ja, und ich füge ein Formular C27R bei.
 - Nein, und ich verpflichte mich, bei einem späteren Antrag auf ein Wiedereingliederungsprogramm ein Formular C27R einzureichen.
 - Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis und bin medizinisch für **endgültig** unfähig erklärt worden, die vertraglich vereinbarte Beschäftigung auszuüben. Ich füge das Formular C27R bei.
 - Ich bin mit dieser Fähigkeitsentscheidung 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 meines Gesuchs 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 im Mutterschaftsurlaub und das voraussichtliche Datum der Entbindung war der : ____ / ____ / ____
- Die Entscheidung des Direktors des Arbeitslosenamtes, den Betroffenen wegen seiner Arbeitsunfähigkeit nicht zu entschädigen, wurde vom Gericht aufgehoben. Ich erlaube dem LfA die hier unten in der Rubrik II bezeichnete finanzielle Begleichung vorzunehmen (in diesem Fall lassen Sie die Rubrik II von Ihrer Krankenkasse ausfüllen)

Ich beantrage :

- Leistungen bei Vollarbeitslosigkeit für die Zeit ab dem: ____ / ____ / ____
- Leistungen bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit für die Zeit ab dem: ____ / ____ / ____

Zwischen dem Tag, an dem ich wieder arbeitsfähig geworden bin, und dem Tag meines Leistungsantrages, habe ich aus nachfolgendem Grund keine Leistung bei Arbeitslosigkeit beantragt:

ICH VERSICHERE AUF EHRE, 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 Broschüre des LfA über den Schutz des Privatlebens. Informationen zur Arbeitslosenversicherung finden Sie auch auf www.lfa.be.

Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

RUBRIK II - VOM VERANTWORTLICHEN DER KRANKENKASSE AUSZUFÜLLEN

Durch Urteil des Arbeitsgerichts Urteil des Arbeitsgerichtshofs von, das ihm (ihr) am ____ / ____ / ____ zugestellt wurde, hat der (die) Betreffende, der (die) vom Direktor des Arbeitslosenamtes für die Zeit ab dem ____ / ____ / ____ als arbeitsunfähig betrachtet wurde und der (die) diese Entscheidung angefochten hatte, den Prozess gewonnen und ist somit für die Zeit ab dem ____ / ____ / ____ als arbeitsfähig anerkannt worden.

Ich beantrage, dass das LfA die von der Krankenkasse für den Zeitraum vom ____ / ____ / ____ bis zum ____ / ____ / ____ bezogene Summe von Euro bis zum Betrage der Arbeitslosenunterstützung, auf die der (die) Betreffende Anspruch hat, auszahlt.

Die Überweisung kann auf die Kontonummer mit der Angabe vorgenommen werden.

ICH VERSICHERE AUF EHRE, DASS VORLIEGENDE ERKLÄRUNG RICHTIG UND VOLLSTÄNDIG IST.

Datum

Unterschrift und Funktion des Verantwortlichen

Stempel der Krankenkasse