



## Zurückzusenden an

**Hoofdbestuur van de RVA**  
**Cel OCR**  
**Keizerslaan 7-9**  
**1000 Brussel**

# Antrag auf eine Laufbahnunterbrechung im Rahmen des Urlaubs wegen medizinischen Beistands

Sie möchten eine Zeit lang ganz mit der Arbeit aussetzen oder Ihre Arbeitszeit vorübergehend verkürzen und die damit einhergehende Geldleistung des LfA erhalten:

- um einem schwerkranken Haushaltsmitglied oder Familienangehörigen Pflege oder Beistand zu leisten, oder;
- um einem minderjährigen Kind beizustehen, das wegen einer schweren Krankheit stationär behandelt wird.

Wenn Sie die Leistungsbezugsbedingungen erfahren möchten oder wenn Sie andere Auskünfte benötigen, lesen Sie das Infoblatt, das bei den Büros des LfA oder auf der Website des LfA [www.lfa.be](http://www.lfa.be) erhältlich ist.

Mit diesem Formular können Sie die Laufbahnunterbrechungsleistung beantragen.

### Wer muss dieses Formular benutzen?

Alle Beschäftigten, ausgenommen die der autonomen öffentlichen Unternehmen (bpost, Proximus, SNCB, Skeyes).

### Wer muss dieses Formular ausfüllen?

Der Beschäftigte muss den TEIL I ausfüllen und der Arbeitgeber oder die Verwaltung den TEIL II.

Bitte füllen Sie ebenfalls die Bescheinigungen aus, die in diesem Formular eingebaut sind, bzw. lassen Sie sie ausfüllen.

Alle Teile dieses Formulars müssen zusammen bei dem LfA eintreffen.

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

### Schicken Sie das ausgefüllte Formular zurück:

**Wie?** Per Einschreiben

**Wann?** Frühestens einen Monat vor dem Beginn des Urlaubs wegen medizinischen Beistands und spätestens zwei Monate nach dem Beginn des Urlaubs wegen medizinischen Beistands. Wenn Sie uns Ihren Antrag im Voraus zukommen lassen, wird er nicht unbedingt bearbeitet, sobald er bei uns eingeht.

**Wohin?** An die Zentralverwaltung des LfA (Administration centrale de l'ONEM, Service OCR, Boulevard de l'Empereur 7-9, 1000 Bruxelles).

**Und dann?** Sie werden einen Bewilligung- oder Ablehnungsbescheid C62 erhalten, mit dem das Büro des LfA Sie von seiner Entscheidung in Kenntnis setzen wird.

### Elektronische Einreichung des Antrages

Wenn Sie ein Token oder einen elektronischen Personalausweis besitzen, können Sie Ihre Akte auch auf dem Portal der sozialen Sicherheit [www.socialsecurity.be](http://www.socialsecurity.be) elektronisch einreichen oder online abfragen.

Auskünfte über das Token und den elektronischen Personalausweis finden Sie auch auf diesem Portal.



D004-001-1

# TEIL I: Vom Beschäftigten auszufüllen IN LESERLICHER MAJUSKELSCHRIFT AUSZUFÜLLEN

## Ihre Personalien

Diese Nummer steht auf der Rückseite Ihres Personalausweises.

001 Erkennungsnummer des Nationalregisters .....  
002 Nachname .....  
003 Vorname .....

Nur auszufüllen, wenn Sie an einer anderen Adresse wohnen, als der, die im Nationalregister erfasst ist, oder wenn Sie im Ausland wohnen.

016 Straße .....  
017 Nummer .....  
018 Postleitzahl .....  
019 Ortschaft .....  
020 Land .....

### Sie sind

021 ernannt  
022 mit einem Arbeitsvertrag beschäftigt

Ohne diese Auskünfte kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.

Ihre Telefonnummer und Ihre E-Mail-Adresse werden dazu dienen, Informationen, die in diesem Formular fehlen könnten, bequemer bei Ihnen einzuholen und die Angelegenheit somit schneller zu erledigen.

024 Mobiltelefon .....  
025 Festnetztelefon .....

### In leserlicher MAJUSKELSCHRIFT auszufüllen

026 E-Mail .....@.....

## Ihr Antrag auf Urlaub wegen medizinischen Beistands

### Sie beantragen einen Urlaub wegen medizinischen Beistands für:

(Nachname, Vorname und Erkennungsnummer des Nationalregisters der Person/des Kindes, für welche(s) Sie den Urlaub wegen medizinischen Beistands beantragen).

029 Erkennungsnummer des Nationalregisters .....  
027 Nachname .....  
028 Vorname .....



Der Beschäftigte, der ersten Grades mit dem kranken Kind verwandt ist, und der Beschäftigte, der mit seiner täglichen Erziehung beauftragt ist, können einen Urlaub wegen medizinischen Beistands erhalten, vorausgesetzt, dass sie mit dem Kind zusammenwohnen.

Wenn vorgenannte Beschäftigte diesen Urlaub nicht beanspruchen können, dann kann der Beschäftigte, der ersten Grades mit dem kranken Kind verwandt ist, jedoch mit ihm nicht zusammenwohnt, oder - wenn es keine solche Person gibt - ein Familienmitglied bis zweiten Grades des kranken Kindes, diesen Urlaub in Anspruch nehmen.

Nähere Informationen erfahren Sie im Infoblatt zum Thema Urlaub wegen medizinischen Beistands, das auf der Website des LfA oder bei den Büros des LfA erhältlich ist.

Der behandelnde Arzt muss seine Bescheinigung frühestens einen Monat vor dem Beginn des medizinischen Beistands und spätestens am Tag des Beginns des medizinischen Beistands ausfüllen.

Der Urlaub wegen medizinischen Beistands, der vorgesehen wurde, um einem schwerkranken Haushaltsmitglied oder Familienangehörigen Pflege oder Beistand zu leisten, kann:

- für eine vollzeitige Aussetzung;
- für eine Verkürzung der Arbeitszeit auf eine Halbzeit;
- für eine Verkürzung der Arbeitszeit um ein Fünftel genommen werden;

Der Urlaub wegen medizinischen Beistands für die Betreuung eines minderjährigen Kindes in stationärer Behandlung ist nur in Form einer vollständigen Auszeit möglich.

Näheres erfahren Sie im Infoblatt über den Urlaub wegen medizinischen Beistands auf [www.lfa.be](http://www.lfa.be).

Nur auszufüllen, wenn Sie einen Urlaub wegen medizinischen Beistands für ein schwerkranken minderjähriges Kind oder für ein minderjähriges Kind in stationärer Behandlung beantragen.

#### Wohnen Sie mit dem schwerkranken Kind zusammen?

082      Nein      Ja

#### Sind Sie ersten Grades mit dem schwerkranken Kind verwandt?

083      Nein      Ja

#### Sind Sie mit der täglichen Erziehung des Kindes beauftragt?

084      Nein      Ja

#### Sind Sie Familienmitglied bis zweiten Grades?

085      Nein      Ja

---

Immer auszufüllen, AUßER wenn Sie einen Urlaub wegen medizinischen Beistands für ein schwerkranken minderjähriges Kind oder für ein minderjähriges Kind in stationärer Behandlung beantragen.

#### Ist diese Person Mitglied Ihres Haushalts?

086      Nein      Ja (Fügen Sie eine Bescheinigung der Gemeindeverwaltung bei, die die Haushaltszusammensetzung nachweist, wenn Sie nur mit Ihrem Kind/Ihren Kindern zu Ihren Lasten zusammenwohnen und Sie den Urlaub wegen medizinischen Beistands für eines dieser Kinder beantragen, das höchstens 16 Jahre alt ist).

#### Ist diese Person Mitglied Ihrer Familie?

087      Nein      Ja

Ich beantrage einen Urlaub wegen medizinischen Beistands für

088

.....  
(Beispiel: meine Mutter, meinen Sohn, den Vater meines Ehemannes...)

---

#### Sie wählen (kreuzen Sie bitte nur eine einzige Möglichkeit an)

004      eine vollständige Auszeit

005      eine Verkürzung der Arbeitszeit auf eine Halbzeit

006      eine Verkürzung der Arbeitszeit um ein Fünftel

## Dauer des Urlaubs wegen medizinischen Beistands

Pro Antrag beträgt die Minstdauer 1 Monat und die Höchstdauer 3 Monate. Wenn Sie diese Minstdauer nicht einhalten, könnten Sie die bereits erhaltenen Leistungen erstatten müssen.

Die Zustimmung Ihres Arbeitgebers vorausgesetzt können Sie die vollständige Auszeit in Zeitabschnitten von 1 Woche, 2 Wochen oder 3 Wochen stückeln. Mit einer Woche ist ein zusammenhängender Zeitraum von sieben Kalendertagen gemeint.

Für einen Antrag auf einen Urlaub wegen medizinischen Beistands für ein minderjähriges Kind in stationärer Behandlung muss der Zeitraum 7 Tage während oder unmittelbar nach der stationären Behandlung des Kindes abdecken.

Näheres erfahren Sie im Infoblatt über den Urlaub wegen medizinischen Beistands auf [www.lfa.be](http://www.lfa.be).

007

### Sie beantragen einen Urlaub wegen medizinischen Beistands für den Zeitraum

vom ... .. bis zum ... .. einschl.

## Ihre persönliche Situation

Nähere Auskünfte über die mit einer Laufbahnunterbrechung vereinbaren Einkommen und Tätigkeiten finden Sie im Infoblatt auf [www.lfa.be](http://www.lfa.be).

031

### Üben Sie während des Urlaubs wegen medizinischen Beistands eine nebenberufliche Arbeitnehmertätigkeit aus?

Nein Ja

Wenn ja, tragen Sie Folgendes ein

089

• das Beginndatum: ... ..

• die Anzahl Stunden pro Woche:

032

... .. Stunden ... .. Minuten, und fügen Sie eine Kopie des Arbeitsvertrages bei.

**Achtung.** Sie verlieren Ihren Leistungsanspruch ab dem Zeitpunkt, wo Sie während des Urlaubs wegen medizinischen Beistands eine nebenberufliche Arbeitnehmertätigkeit aufnehmen oder ausweiten.

Sie werden als Selbständiger angesehen, wenn Sie obligatorisch bei einer Sozialversicherungskasse für Selbständige eingetragen sein müssen. Um zu erfahren, ob Sie als Selbständiger eingetragen sein müssen, wenden Sie sich an das LISVS/INASTI (Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbständige).

033

### Üben Sie während des Urlaubs wegen medizinischen Beistands eine selbständige Tätigkeit aus, für die eine Eintragung bei einer Sozialversicherungskasse für Selbständige obligatorisch ist?

Nein Ja

090

Beginndatum: ... ..

**Achtung.** Wenn Sie eine solche Tätigkeit aufnehmen, müssen Sie das Büro des LfA schriftlich und im Voraus davon benachrichtigen.

Nähere Auskünfte über die mit einer Laufbahnunterbrechung vereinbaren Einkommen und Tätigkeiten finden Sie im Infoblatt auf [www.lfa.be](http://www.lfa.be).

Es muss sich um eine entgeltliche Tätigkeit im Auftrag einer anerkannten Nichtregierungsorganisation für die Entwicklungshilfe handeln.

Die Unterbrechungsleistungen sind im Regelfall nicht vereinbar mit einer belgischen oder ausländischen Pension bzw. Rente.

Als Ausnahme von dieser Regel gilt, dass die Unterbrechungsleistungen und die Leistungen im Rahmen einer belgischen Hinterbliebenenpension der Pensionsregelung für Arbeitnehmer, Beamte oder Selbständige 12 Kalendermonate (nicht unbedingt in einem Mal) gleichzeitig bezogen werden dürfen.

Nähere Auskünfte über die mit einer Laufbahnunterbrechung vereinbaren Einkommen und Tätigkeiten finden Sie im Infoblatt auf [www.lfa.be](http://www.lfa.be).

Wie dieser gleichzeitige Bezug sich auf den Betrag Ihrer Hinterbliebenenpension auswirkt, erklärt Ihnen der Föderale Pensionsdienst.

Die Leistungen sind nicht vereinbar mit einem politischen Mandat, es sei denn, Sie üben ein Mandat als Ratsmitglied einer Gemeinde oder eines ÖSHZ aus.

## Arbeiten Sie als Entwicklungshelfer

Sie üben eine entgeltliche Tätigkeit im Rahmen eines anerkannten Projekts für die Entwicklungshilfe aus und halten sich im Ausland auf:

- 071        Nein        Ja (In diesem Fall haben Sie Anspruch auf die Laufbahnunterbrechung ohne Leistungen)
- 072                   Beginndatum: ... ..

## Beziehen Sie Leistungen im Rahmen einer Pension bzw. Rente?

- 034        Nein        Ja
- 035                   Beginndatum: ... ..

### Handelt es sich um eine interbliebenenpension?

- 036        Nein        Ja

### Möchten Sie die Unterbrechungsleistungen und Ihre Leistung im Rahmen Ihrer Hinterbliebenenpension gleichzeitig beziehen?

- 037        Nein        Ja

#### Zeitraum des gewünschten gleichzeitigen Bezugs

- 038        - vom ... ..  
039                   bis zum ... .. einschl.
- 040        - vom ... ..  
041                   bis zum ... .. einschl.
- 042        - vom ... ..  
043                   bis zum ... .. einschl.

Bereits zurückgelegte Zeiträume von gleichzeitigem Bezug der Hinterbliebenenpension mit anderen Sozialleistungen (Krankheit, unfreiwillige Arbeitslosigkeit, vertragliche Frühpension [bis zum 31.12.2011], Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag [ab dem 01.01.2012] oder Zeitkredit):

- 044        - vom ... ..  
045                   bis zum ... .. einschl.
- 046        - vom ... ..  
047                   bis zum ... .. einschl.
- 048        - vom ... ..  
049                   bis zum ... .. einschl.

## Üben Sie ein politisches Mandat aus?

- 073        Nein        Ja

### Handelt es sich um ein Mandat als Ratsmitglied einer Gemeinde oder eines ÖSHZ?

- 074                   Nein        Ja
- 075                   Beginndatum: ... ..

Alleinerziehend sein bedeutet, dass nur mit einem Kind zu Ihren Lasten oder nur mit Kindern, von denen mindestens eines zu Ihren Lasten ist, zusammenwohnen.

Wenn Sie alleinerziehend sind, haben Sie Anspruch auf eine erhöhte Leistung.

Nur bei einer Verkürzung um ein Fünftel auszufüllen.

### Sind Sie alleinerziehend?

050      Nein      Ja

### Sind Sie französischer Grenzgänger?

051      Nein      Ja (Fügen Sie eine Kopie des vom FÖD Finanzen ausgestellten Formulars 276 FRONT/GRENS. bei, um die Befreiung vom Berufssteuervorabzug von der Unterbrechungsleistung zu erhalten).

**Achtung.** Sie haben keinen Anspruch mehr auf diese Befreiung, sobald Sie während des Urlaubs wegen medizinischen Beistands aufhören, französischer Grenzgänger zu sein. Sie müssen das Büro des LfA sofort verständigen.

## Auszahlung

Die IBAN finden Sie auf Ihren Kontoauszügen. Für eine belgische Kontonummer zählt die IBAN 16 Schriftzeichen. Sie beginnt mit BE gefolgt von 2 Ziffern und von Ihrer derzeitigen Kontonummer.

\* Nur auszufüllen, wenn die IBAN nicht mit BE beginnt.

### Welchen Zahlungsmodus wünschen Sie?

053      Per Überweisung auf die folgende IBAN-Kontonummer

*Nicht die Nummer Ihrer Geldkarte*

054      ..... \* ..... \* ..... \* ..... \*

055      \* BIC ..... \* ..... \*

Wenn dieses Konto auf den Namen einer Drittperson lautet, tragen Sie Folgendes ein: ihre Eigenschaft (*Ehemann, Partner, Rechtsanwalt...*)

056      .....

057      ihren Namen .....

058      Per Zirkularscheck

## Unterschrift

Sie können die Angaben dieses Formulars später mithilfe der Meldung einer Änderung in den Angaben zur Laufbahnunterbrechung / zum Zeitkredit / zum thematischen Urlaub ändern, die auf der Website [www.lfa.be](http://www.lfa.be) erhältlich ist.

Ihre Erklärungen werden in elektronischen Dateien gespeichert.

Nähere Informationen über den Schutz dieser Daten finden Sie in der Broschüre über den Schutz des Privatlebens, die bei den Büros des LfA erhältlich ist.

Sie können Ihre Steuerbescheinigung auf [www.mysocialsecurity.be](http://www.mysocialsecurity.be) aus dem Internet abrufen - entweder in Ihrer "Akte Laufbahnunterbrechung-Zeitkredit" oder nach Aktivierung Ihrer "eBox". Sie finden sie auch auf [www.myminfin.be](http://www.myminfin.be).

Vergessen Sie nicht, das Formular zu unterzeichnen, bevor Sie es dem LfA zurückschicken.

Ich erkläre, dass alle Angaben in diesem Formular genau stimmen.

Ich verpflichte mich, jede Änderung in diesen Angaben dem Büro des LfA, das für meinen Wohnsitz örtlich zuständig ist, umgehend schriftlich mitzuteilen.

Ich akzeptiere, dass meine Steuerbescheinigung mir elektronisch übermittelt wird.

Wenn ich sie noch in Papierform erhalten möchte, muss ich das Büro des LfA meines Wohnorts darum bitten.

059      Datum ..... \* ..... \* ..... \*

Unterschrift des Beschäftigten

060

## TEIL II: vom Arbeitgeber auszufüllen IN LESERLICHER MAJUSKELSCHRIFT AUSZUFÜLLEN

### Das autonome öffentliche Unternehmen

065	ZDU-Nummer .....
061	Name oder Firmenbezeichnung .....
062	Adresse .....
063	Festnetztelefon .....
<b>In leserlicher MAJUSKELSCHRIFT auszufüllen</b>	
064	E-Mail .....@.....

### Schriftliche Benachrichtigung

067	<p><b>Ich erlaube es dem Beschäftigten, seine Berufslaufbahn in der Unterbrechungsform (vollständige Auszeit, Verkürzung der Arbeitszeit auf eine Halbzeit oder Verkürzung der Arbeitszeit um ein Fünftel) und für den Zeitraum, die in den Rubriken "Ihr Antrag auf einen Urlaub wegen medizinischen Beistands" und "Die Dauer des Urlaubs wegen medizinischen Beistands" des Teils I angegeben sind, zu unterbrechen.</b></p> <p><b>Der Beschäftigte hat mich am ..... schriftlich benachrichtigt, dass er einen Urlaub wegen medizinischen Beistands nehmen möchte.</b></p>
-----	--

### Merkmale des Urlaubs wegen medizinischen Beistands

*Es handelt sich um die Arbeitsregelung (Arbeitszeit), die im Arbeitsvertrag / im Statut festgeschrieben ist (der Urlaub wegen medizinischen Beistands bleibt außer Betracht).*

*Wenn der Beschäftigte sich vor dem Beginn des beantragten Urlaubs wegen medizinischen Beistands bereits in Laufbahnunterbrechung befand, tragen Sie hier die vor jener Laufbahnunterbrechung per Arbeitsvertrag vereinbarte oder im Statut festgeschriebene Stundenanzahl ein. Die wegen der bereits bestehenden Laufbahnunterbrechung weggefallenen Arbeitsstunden müssen nicht abgezogen werden.*

**Achtung:** die Arbeitsregelung muss in Stunden und Minuten angegeben werden. Es werden keine Angaben in Dezimalen oder Prozentsätzen angenommen.

---

008	<p>Vor diesem Antrag auf einen Urlaub wegen medizinischen Beistands hatte der Antragsteller einen Arbeitsvertrag / eine Ernennung für ..... Stunden ..... Minuten pro Woche.</p>
009	<p>Die Vollzeitarbeitsregelung für seine Personalkategorie beträgt ..... Stunden ..... Minuten pro Woche.</p>

Es handelt sich um die Arbeitsregelung (Arbeitszeit) unter Abzug der im Rahmen des beantragten Urlaubs wegen medizinischen Beistands wegfallenden Arbeitsstunden.

Die Arbeitsregelung ist eine feste Arbeitsregelung, wenn die Arbeitszeit jede Woche oder jeden Zyklus von mehr als einer Woche die Gleiche ist.

Die Arbeitsregelung ist eine variable Arbeitsregelung, wenn die Dauer der wöchentlichen Arbeitsleistungen innerhalb eines Referenzzeitraums einzuhalten ist.

010

Während des beantragten Urlaubs wegen medizinischen Beistands wird der Beschäftigte mit einer Arbeitsregelung von ... .. Stunden ... .. Minuten pro Woche.

In jedem Fall und unabhängig vom Sektor auszufüllen, außer wenn eine vollständige Auszeit beantragt wird.

**Die Arbeitsregelung während des Urlaubs wegen medizinischen Beistands ist:**

103

eine feste Arbeitsregelung

104

welche auf eine einzige Woche verteilt ist

105

welche auf einen Zyklus von ... .. Tagen verteilt ist

106

welche auf einen Zyklus von ... .. Wochen verteilt ist

107

welche auf einen Zyklus von ... .. Monaten verteilt ist

108

eine variable Arbeitsregelung, deren Referenzzeitraum ... .. Monaten beträgt.

## Regelung zur kollektiven Arbeitszeitverkürzung

Die Regelung zur kollektiven Arbeitszeitverkürzung ermöglicht es dem Arbeitgeber, die durchschnittliche Arbeitszeit zu erhöhen. Als Gegenleistung erhält der Beschäftigte eine bestimmte Anzahl Ausgleichsruhetage zwecks Arbeitszeitverkürzung.

109

**Gibt es eine Regelung zur kollektiven Arbeitszeitverkürzung oder eine ähnliche Regelung?**

Nein Ja

110

**Wird die Regelung zur kollektiven Arbeitszeitverkürzung oder die ähnliche Regelung für den Beschäftigten während seines Urlaubs wegen medizinischen Beistands greifen?**

Nein Ja

## Unterschrift

069

Ich erkläre, dass ich das Infoblatt E56 gelesen habe. Ich versichere, dass alle Angaben in diesem Formular genau stimmen, und weiß, dass ich mich bei falschen Angaben strafrechtlich strafbar mache.

Ich verpflichte mich, jede Änderung in diesen Angaben dem Büro des LfA, das für den Wohnsitz meines Arbeitnehmers örtlich zuständig ist, umgehend schriftlich mitzuteilen.

Datum ... .. • ... .. • ... ..

Unterschrift und Stempelabdruck des Arbeitgebers

070

# BESCHEINIGUNGEN

## Bescheinigung, die vom behandelnden Arzt auszufüllen ist

Diese Bescheinigung muss frühestens einen Monat vor dem Beginn des medizinischen Beistands und spätestens am Tag des Beginns des medizinischen Beistands ausgefüllt werden.

*In jedem Fall von Urlaub wegen medizinischen Beistand auszufüllen, auch im Falle eines Urlaubs wegen medizinischen Beistands für ein minderjähriges Kind in stationärer Behandlung*

Ich erkläre, dass:

091 Nachname .....

092 Vorname .....

*(wie in der Bescheinigung des Beschäftigten angegeben: Familienangehörige(r) – verwandt oder verschwägert – bis zweiten Grades oder Haushaltsmitglied des Beschäftigten)*

An einer **schweren** Krankheit leidet oder sich einem **schweren** Eingriff unterziehen musste **UND** dass der soziale, familiäre oder moralische Beistand oder die Pflegeleistung des Beschäftigten zur Genesung **vonnöten** sind.

095 Datum ... ..

Unterschrift und Stempelabdruck des behandelnden Arztes des Patienten

096

## Bescheinigung, die vom Krankenhaus auszufüllen ist

*Bescheinigung, die vom Krankenhaus auszufüllen ist, in dem das minderjährige Kind, welches einen medizinischen Beistand benötigt, behandelt wird*

Wir bescheinigen, dass das Kind

097 Nachname .....

098 Vorname .....

wegen einer schweren Krankheit in unserer Einrichtung stationär behandelt wird/wurde.

099 .....

100 vom ... .. bis zum ... .. einschl

101 Datum ... ..

102 Stempel des Krankenhauses