



LANDESAMT FÜR ARBEITSBESCHAFFUNG  
ERKLÄRUNG ZUR KÖRPERLICHEN TAUGLICHKEIT

Datumstempel der ZS

Datumstempel des AA

VON DER ODER DEM ARBEITNEHMENDEN AUSZUFÜLLEN

**IHRE IDENTITÄT**

NAME und vorname .....

Erkennungsnummer des  
Nationalregisters : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ENSS (siehe Personalausweis)

**GRÜNDE FÜR DIE EINREICHUNG DES FORMULARS**

- Ich habe mich am \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ spontan für arbeitsfähig erklärt.
- Ich bin von den im Rahmen der Kranken- und Invalidenversicherung zuständigen medizinischen Instanzen zum<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ für arbeitsfähig erklärt worden.
- Ich bin mit dieser Arbeitsfähigkeitsentscheidung einverstanden  
Wenn Sie in einem Arbeitsverhältnis stehen und gesundheitlich unfähig sind, die vereinbarte Arbeit auszuüben, kreuzen Sie das nachstehende Kästchen an, das auf Ihre Situation zutrifft. In allen anderen Fällen gehen Sie bitte direkt zur Rubrik „Ich beantrage“.
- Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis und bin vom **Arbeitsarzt** für **vorübergehend** gesundheitlich unfähig erklärt worden, die vereinbarte Arbeit auszuüben, und zwar mit Empfehlungen im Hinblick auf eine angepasste oder andere Arbeit.  
Ich füge die Entscheidung des Arbeitsarztes und das Formular C27-WIEDEREINGLIEDERUNG bei.
- Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis und bin vom **Arbeitsarzt** für **endgültig** gesundheitlich unfähig erklärt worden, die vereinbarte Arbeit auszuüben, und zwar mit Empfehlungen im Hinblick auf eine angepasste oder andere Arbeit.  
Ich füge die Entscheidung des Arbeitsarztes und das Formular C27-WIEDEREINGLIEDERUNG bei.
- Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis, bin aber noch immer gesundheitlich unfähig, meine Arbeit auszuüben UND es wurde ein Antrag auf Aufnahme eines Wiedereingliederungspfades gestellt.  
Ich füge das Formular C27- WIEDEREINGLIEDERUNG bei.
- Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis und bin von meinem **Hausarzt** für gesundheitlich unfähig erklärt worden, die vereinbarte Arbeit auszuüben.  
Ich füge die Bescheinigung meines Hausarztes bei, sowie eine Bescheinigung, die bestätigt, dass mein Arbeitgeber mir keine angepasste oder andere Arbeit geben kann.
- Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis und das spezifische Verfahren „Ende des Arbeitsvertrages wegen medizinisch bedingter höherer Gewalt“ wurde eingeleitet.  
Ich füge das Formular C27-ENDE ARBEITSVERTRAG bei.
- Ich bin mit dieser Arbeitsfähigkeitsentscheidung 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 Antragschrift 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 des LfA, die betreffende Person wegen ihrer Arbeitsunfähigkeit 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 arbeitsfähig 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](http://www.lfa.be).

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

Unterschrift des Arbeitnehmers

<sup>1</sup> Füllen Sie das Datum aus, ab dem Sie laut der zuständigen medizinischen Instanzen arbeitsfähig sind. Dieses Datum stimmt nicht unbedingt mit dem Datum der ärztlichen Untersuchung überein.

Füllen Sie dieses Feld bitte auch dann aus, wenn Ihr Antrag auf Krankengeld verweigert wurde, weil die zuständigen Instanzen Sie nicht als arbeitsunfähig im Sinne der Kranken- und Invalidenversicherung ansehen (zum Beispiel im Rahmen einer periodischen Gesundheitsüberwachung).