



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;
4. als nahestehende Hilfsperson, die als solche von der Krankenkasse offiziell anerkannt wurde, zu agieren.

Wird die Freistellung erteilt, sind Sie von der Pflicht befreit, sich beim zuständigen regionalen Arbeitsamt als arbeitsuchend 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 oder 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 „Sie möchten als nahestehende Hilfsperson freigestellt werden?“.

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 der zuständigen Behörde bei. Falls Sie die Freistellung beantragen, um als nahestehende Hilfsperson zu agieren, die als solche offiziell von der Krankenkasse anerkannt wurde, fügen Sie bitte die Bescheinigung der Krankenkasse über die Anerkennung mit Gewährung sozialer Ansprüche bei.

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

Dieses Formular muss dem LfA vor dem Beginn der Freistellung zukommen. Sie haben jedoch bis zum 31.05.2026 Zeit, um Anträge einzureichen, für die der Beginn der Freistellung zwischen dem 31.12.2025 und einschließlich dem 31.03.2026 liegt.

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

NACHNAME und Vorname
Erkennungsnr. des Nationalregisters
(ENSS) / -
(Sie Personalausweis)

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:**

NACHNAME und Vorname

Nationalregisternummer (ENSS) / -

Diese Betreuung als nahestehende Hilfsperson besteht darin:

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 „Möchten Sie als nahestehende Hilfsperson freigestellt werden?“ definiert.

Diese Freistellung kann für mindestens 3 Monate und höchstens 12 Monate pro Antrag gewährt werden und kann auch erneuert werden. Die zusammengerechnete Dauer der Freistellungszeiten, um einer schwerkranken Person beizustehen, um einem unter-21-jährigen Kind mit Beeinträchtigung beizustehen und um als von der Krankenkasse anerkannte nahestehende Hilfsperson zu agieren darf über Ihre gesamte Berufslaufbahn keine 48 Monate überschreiten.

☐ **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 ...)

Diese Freistellung kann für mindestens 3 Monate und höchstens 12 Monate pro Antrag gewährt werden und kann auch erneuert werden. Die zusammengerechnete Dauer der Freistellungszeiten, um einer schwerkranken Person beizustehen, um einem unter-21-jährigen Kind mit Beeinträchtigung beizustehen und um als von der Krankenkasse anerkannte nahestehende Hilfsperson zu agieren darf über Ihre gesamte Berufslaufbahn keine 48 Monate überschreiten.

Diese Freistellung kann für mindestens 3 Monate und höchstens 12 Monate pro Antrag gewährt werden und kann auch erneuert werden. Die zusammengerechnete Dauer der Freistellungszeiten, um einer schwerkranken Person beizustehen, um einem unter-21-jährigen Kind mit Beeinträchtigung beizustehen und um als von der Krankenkasse anerkannte nahestehende Hilfsperson zu agieren darf über Ihre gesamte Berufslaufbahn keine 48 Monate überschreiten.

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

Ich füge eine Bescheinigung des zuständigen Behörde bei, aus der hervorgeht, dass die Beeinträchtigung des Kindes die Anerkennung von mindestens 4 Punkten in der 1. Säule oder von zusammengerechnet mindestens 6 Punkten in den 3 Säulen der sozialmedizinischen Tabelle im Sinne der Kindergeldvorschriften zur Folge hat (*in dem Fall braucht die untenstehende Bescheinigung nicht ausgefüllt zu werden*).

☐ Als von der Krankenkasse **anerkannte nahestehende Hilfsperson** zu agieren.

Ich füge die Bescheinigung der Krankenkasse über meine Anerkennung als nahestehende Hilfsperson mit Gewährung sozialer Ansprüche bei.

(in dem Fall braucht die Rubrik „Vom Haus- oder Facharzt auszufüllen“ nicht ausgefüllt zu werden).

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:

.....
.....
.....

VOM HAUS- ODER FACHARZT AUSZUFÜLLEN

(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 pflegebedürftige Person Palliativpflege benötigt.

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

Ich erkläre, dass die auf der Vorderseite genannte pflegebedürftige 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).

Unterschrift

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

Datum: ____/____/____

Unterschrift