

Meldung für den Bezug von Arbeitslosengeld bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit wegen medizinisch bedingter höherer Gewalt im Rahmen eines Wiedereingliederungspfads

Wozu dient dieses Formular?

Wenn Sie vom Vertrauensarzt der Krankenkasse für am allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitsfähig befunden wurden, Sie jedoch aus einer Bescheinigung des Arbeitsarztes (Gesundheitsbeurteilungsformular oder Wiedereingliederungsbeurteilungsformular) hervorgeht, dass Sie vorübergehend oder endgültig gesundheitlich unfähig sind, Ihre derzeitige Funktion bei Ihrem Arbeitgeber auszuüben, und Ihnen in dieser Bescheinigung Empfehlungen im Hinblick auf eine angepasste oder andere Arbeit gemacht werden, dann können Sie unter bestimmten Bedingungen und in bestimmten Fällen Arbeitslosengeld bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit wegen medizinisch bedingter höherer Gewalt beanspruchen.

Hierzu müssen Sie dem LfA mithilfe dieses Formulars bestimmte Informationen mitteilen.

Außerdem müssen Sie sich dazu verpflichten, dem LfA (z. B. über das Kontaktformular auf der LfA-Website) oder Ihrer Zahlstelle jede neue Information in Bezug auf den Stand Ihrer Akte **umgehend und spätestens innerhalb von 15 Kalendertagen** mitzuteilen.

Zum Beispiel: Ihre Annahme oder Verweigerung des Wiedereingliederungspfads, die unterbliebene Aufstellung eines Plans durch den Arbeitgeber, jede neue Beurteilung der Situation durch den Arbeitsarzt, die Tatsache, dass Sie gegen die Entscheidung des Arbeitsarztes Einspruch einreichen.

Wenn Sie diese Informationen nicht rechtzeitig liefern, droht Ihnen ein Ausschluss vom Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Benötigen Sie weitere Informationen?

Wenn Sie nähere Auskünfte benötigen:

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

Diese Infoblätter sind bei Ihrer Zahlstelle oder beim Arbeitslosenamt des LfA erhältlich oder können in der Rubrik „zeitweilige Arbeitslosigkeit“ der Website www.lfa.be abgerufen werden.

Was müssen Sie mit diesem Formular tun?

Füllen Sie das Formular aus und übermitteln Sie 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, an das LfA und hält Sie über den Stand der Bearbeitung Ihrer Akte auf dem Laufenden.

Meldung für den Bezug von Arbeitslosengeld bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit wegen medizinisch bedingter höherer Gewalt im Rahmen eines Wiedereingliederungspfads

Artikeln I.4-72 bis I.4-82 des Gesetzbuchs über das Wohlbefinden bei der Arbeit, geändert durch den Königlichen Erlass vom 17.12.2025 zur Änderung des Gesetzbuchs über das Wohlbefinden bei der Arbeit in Bezug auf den Wiedereingliederungspfad für arbeitsunfähige Arbeitnehmer (BS 30.12.2025)

Datumsstempel AA

Die Angaben werden in elektronischen Dateien verarbeitet und gespeichert. Nähere Informationen über den Schutz dieser Daten finden Sie in der LfA-Broschüre zum Thema Schutz des Privatlebens, die das LfA für Sie bereithält.

Meine Identität

NACHNAME und Vorname:

Ihre ENSS steht auf Ihrem Personalausweis.

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

Die Angaben 'Telefon' und 'E-Mail' sind fakultativ.

Telefon:

E-Mail:

Meine Meldung

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

- Ich habe / Mein Arbeitgeber hat am ___/___/___ einen Antrag auf einen Wiedereingliederungspfad bei dem Arbeitsarzt gestellt.
Ich füge den Nachweis über die Einreichung des Antrages bei.
- Dreimal bin ich auf Einladungen des Arbeitsarztes, der einen Antrag auf einen Wiedereingliederungspfad erhalten hat, nicht eingegangen.
- Ich reiche eine Kopie des Wiedereingliederungsbeurteilungsformulars mit der Entscheidung des Arbeitsarztes ein.
- Ich reiche eine Kopie des Gesundheitsbeurteilungsformulars bei, mit dem der Arbeitsarzt mich für vorübergehend oder endgültig gesundheitlich unfähig erklärt, die mit meinem Arbeitgeber vereinbarte Arbeit auszuüben, und mir Empfehlungen im Hinblick auf eine angepasste oder andere Arbeit macht.
Es gilt das gleiche Verfahren wie bei einem Wiedereingliederungspfad.
- Ich wurde von dem Arbeitsarzt für gesundheitlich unfähig erklärt, die mit meinem Arbeitgeber vereinbarte Arbeit auszuüben.
Ich bin mit dieser Entscheidung nicht einverstanden und habe am ___/___/___ einen Einspruch gegen diese Entscheidung eingereicht.
Ich füge eine Kopie bei:
 - des Formulars, mit dem ich den Einspruch gegen die Entscheidung des Arbeitsarztes eingereicht habe;
 - der Entscheidung des Arbeitsarztes (Wiedereingliederungsbeurteilungsformular oder Gesundheitsbeurteilungsformular).

Ich verpflichte mich, das LfA oder meine Zahlstelle unverzüglich über das Ergebnis des Einspruchs zu informieren.

Unterschrift

Ich verpflichte mich, dem LfA oder meiner Zahlstelle jede neue Information zum Stand meiner Akte **umgehend und spätestens innerhalb von 15 Kalendertagen** nach dem Datum, an dem mir die Information mitgeteilt wird, weiterzuleiten.

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

Datum: ___/___/___

Unterschrift