



Meldung für den Bezug von Leistungen bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit wegen höherer Gewalt im Rahmen eines Eingliederungsprogramms

Wozu dient dieses Formular?

Wenn Sie vom Vertrauensarzt der Krankenkasse für am allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitsfähig seiend befunden wurden, Sie jedoch gesundheitlich noch unfähig sind, Ihre derzeitige Funktion bei Ihrem Arbeitgeber auszuüben, und wenn ein Antrag auf ein Wiedereingliederungsprogramm gestellt wurde oder Sie gerade ein Wiedereingliederungsprogramm durchlaufen, dann können Sie unter bestimmten Bedingungen und in bestimmten Fällen Leistungen bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit beanspruchen.

Hierzu müssen Sie dem LfA mithilfe dieses Formulars bestimmte Informationen mitteilen und sich dazu verpflichten, dem LfA oder Ihrer Zahlstelle jede neue Information in Bezug auf das Zustandekommen, den Verlauf und den Ausgang des Wiedereingliederungsprogramms umgehend mitzuteilen (unter anderem Ihre Annahme oder Verweigerung des Wiedereingliederungsprogramms, die unterbliebene Aufstellung eines Wiedereingliederungsplans durch den Arbeitgeber, jede neue Beurteilung der Situation durch den Gefahrenverhütungsberater-Arbeitsarzt, die Aufnahme eines neuen Wiedereingliederungsprogramms oder den Abbruch Ihres Wiedereingliederungsprogramms).

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 machen?

Sie füllen das FORMULAR C27R aus und geben es möglichst zeitnah bei Ihrer Zahlstelle (CGSLB, CSC, FGTB, HfA/CAPAC) ab.

Und dann?

Die Zahlstelle übermittelt dieses Formular samt allen anderen Unterlagen, die für die Bearbeitung Ihres Leistungsantrages nötig sind, dem LfA und hält Sie über den Stand der Bearbeitung Ihrer Akte auf dem Laufenden.



Meldung für den Bezug von Leistungen bei zeitweiliger Arbeitslosigkeit wegen höherer Gewalt im Rahmen eines Eingliederungsprogramms

Artikeln I.4-72 bis I.4-82 des KE vom 28.04.2017 zur Einführung des ersten Buches - Allgemeine Grundsätze des Wohlbefindens bei der Arbeit / Artikeln 73/1 bis 73/11 des KE vom 28.05.2003 über die Überwachung der Gesundheit der Arbeitnehmer

Datumsstempel AA

Meine Personalien

NACHNAME und Vorname

Ihre ENSS steht auf der Rückseite Ihres Personalausweises.

Erkennungsnummer des Nationalregisters (ENSS) _____ / _____ - _____

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

Telefon:

E-Mail:

Meine Meldung

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

- Ein Antrag auf Wiedereingliederungsprogramm wurde am ____ / ____ / _____ beim Gefahrenverhütungsberater-Arbeitsarzt gestellt; Ich füge den Nachweis über die Einreichung des Antrages bei; und Ich verpflichte mich, dem LfA oder meiner Zahlstelle eine Kopie des Wiedereingliederungsbegutachtungsformulars samt der Entscheidung des Gefahrenverhütungsberaters-Arbeitsarztes zu übermitteln, und zwar vor Ablauf von vierzehn Kalendertagen **nachdem** diese Unterlagen mir zugekommen sind.
- Ich reiche eine Kopie des Wiedereingliederungsbegutachtungsformulars samt der Entscheidung des Gefahrenverhütungsberaters-Arbeitsarztes ein.
- Ich wurde im Rahmen eines Wiedereingliederungsprogramms vom Gefahrenverhütungsberater-Arbeitsarzt für gesundheitlich endgültig unfähig, die mit meinem Arbeitgeber vereinbarte Arbeit wiederaufzunehmen, befunden; Ich füge eine Kopie des Wiedereingliederungsbegutachtungsformulars bei. Ich kann mich mit diesem Befund nicht einverstanden erklären und habe am ____ / ____ / _____ einen Einspruch gegen ihn eingereicht. Ich verpflichte mich, dem LfA oder meiner Zahlstelle vom Ausgang des Einspruchs in Kenntnis zu setzen, sobald die Entscheidung vorliegt.

Unterschrift

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 beim LfA erhältlich ist. Weitere Informationen finden Sie auf www.lfa.be.

Ich verpflichte mich, dem LfA oder meiner Zahlstelle jede neue Information zum Zustandekommen, Verlauf und Ausgang des Wiedereingliederungsprogramms weiterzuleiten (unter anderem meine Annahme oder Verweigerung des Wiedereingliederungsprogramms, die unterbliebene Aufstellung eines Wiedereingliederungsplans durch den Arbeitgeber, jede neue Beurteilung der Situation durch den Gefahrenverhütungsberater-Arbeitsarzt, die Aufnahme eines neuen Wiedereingliederungsprogramms oder den Abbruch meines Wiedereingliederungsprogramms). Ich verpflichte mich, diese Information innerhalb von **15 Kalendertagen**, nachdem ich selbst von ihr Kenntnis erlangt habe, weiterzuleiten.

Ich erkläre auf Ehre, dass diese Erklärung richtig und vollständig ist.

Datum: ____ / ____ / _____

Unterschrift