



## 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 Ihre Berufslaufbahn vollständig oder teilweise unterbrechen und die damit einhergehende Leistung 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 beim LfA eingehen.

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 einsehen.

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



D003-001-1

# 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 als der im Nationalregister erfassten Adresse wohnen oder wenn Sie im Ausland wohnhaft sind.*

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

**Sie sind**

021     ernannt  
 022     mit einem Arbeitsvertrag beschäftigt  
 023     zeitweilige(r) Bedienstete(r)

*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 .....



D003-001-2

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

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

Wenn Sie im Privatsektor oder in einer lokalen oder provinziellen Verwaltung arbeiten: Familienmitglieder = Verwandte bis zweiten Grades oder Verschwägerte bis ersten Grades oder der Vater/die Mutter/das Kind der mit Ihnen gesetzlich zusammenwohnenden Person.

Wenn Sie in einem anderen Sektor arbeiten: Familienmitglieder = Verwandte und Verschwägerte bis zweiten Grades.

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 vollzeitigen Unterbrechung 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 Unterbrechung  
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 Mindestdauer 1 Monat und die Höchstdauer 3 Monate.*

*Wenn Sie diese Mindestdauer 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.*

*Nähere Auskünfte über die mit einer Laufbahnunterbrechung vereinbaren Einkommen und Tätigkeiten finden Sie im Infoblatt 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

*Eine nebenberufliche Arbeitnehmertätigkeit ist eine Tätigkeit als Arbeitnehmer, deren durchschnittliche Anzahl Arbeitsstunden die Anzahl Arbeitsstunden der Tätigkeit, die Sie unterbrechen, nicht übersteigt.*

*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.

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

*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).*

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

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.

Die Unterbrechungsleistungen sind nicht vereinbar mit einer Pension bzw. Rente des belgischen Staats oder gemäß einem ausländischen Gesetz.

Allerdings dürfen die Leistungen ausnahmsweise 12 Kalendermonate (nicht unbedingt durchgehend) gleichzeitig mit einer belgischen Hinterbliebenenpension der Pensionsregelung für Arbeitnehmer, Beamte oder Selbständige bezogen werden.

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.

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.

## 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 ... ..

bis zum ... .. einschl.

039 - vom ... ..

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.

## 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.

**Haben Sie Ihren steuerlichen Sitz in Frankreich, besitzen Sie ausschließlich die französische Staatsangehörigkeit und beziehen Sie Ihr Entgelt von einem belgischen öffentlichen Arbeitgeber?**

052

Nein

Ja (fügen Sie eine Kopie Ihres französischen Personalausweises und des letzten französischen Steuerbescheids bei).

## 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.

053

**Welchen Zahlungsmodus wünschen Sie?**

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.mymifin.be](http://www.mymifin.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 ..... ..

060

Unterschrift des Beschäftigten

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

Als Arbeitgeber müssen Sie ebenfalls die in Sachen Laufbahnunterbrechung anwendbaren regionalen, gemeinschaftlichen oder sektoriellen Vorschriften beachten.

Durch Unterschreiben dieses Formulars bestätigen Sie, dass diese Vorschriften beachtet wurden.

### Der Arbeitgeber

065 ZDU-Nummer ... ..

061 Name oder Firmenbezeichnung .....

062 Adresse .....

063 Festnetztelefon ... ..

#### In leserlicher MAJUSKELSCHRIFT auszufüllen

064 E-Mail .....@.....

066 **Sektor** (kreuzen Sie nur eine Möglichkeit an)

Privatsektor

- **Regionale und gemeinschaftliche Dienste**

die von der Flämischen Gemeinschaft abhängen

die von der Föderation Wallonie-Brüssel abhängen

die von der Deutschsprachigen Gemeinschaft abhängen

die von der Flämischen Region abhängen

die von der Wallonischen Region abhängen

die von der Region Brüssel-Hauptstadt abhängen

- **Lokale und provinzielle Verwaltungen**

(ÖSHZ, öffentliches Krankenhaus, Altenheim, das von einem ÖSHZ abhängt...)

die von der Flämischen Region abhängen

die von der Wallonischen Region abhängen

die von der Region Brüssel-Hauptstadt abhängen

- **Unterrichtswesen und PMS-Zentren**

die von der Flämischen Gemeinschaft abhängen

die von der Französischen Gemeinschaft abhängen

die von der Deutschsprachigen Gemeinschaft abhängen

- **Gemeinschaftliche Universitäten**

die von der Flämischen Gemeinschaft abhängen

die von der Französischen Gemeinschaft abhängen

die von der Deutschsprachigen Gemeinschaft abhängen

- **Gemeinschaftskommissionen**

Gemeinsame Gemeinschaftskommission

Französische Gemeinschaftskommission

Flämische Gemeinschaftskommission

- **Öffentliche Dienste, die von der Föderalbehörde abhängen**  
 Föderale und lokale Polizei  
 Staatsanwaltschaften und Gerichte  
 politische Mitarbeiter der Abgeordnetenkommission und des Senats  
 andere föderale öffentliche Dienste
- **Sonstige**  
 Flämische Universitäten - „integratiekader“  
 Internationale öffentliche Einrichtung (*Ständige Vertretung der Europäischen Kommission...*)

## Schriftliche Benachrichtigung

067

**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.**

**Der Beschäftigte hat mich am ... .. schriftlich benachrichtigt, dass er einen Urlaub wegen medizinischen Beistands nehmen möchte.**

## 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.*

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

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

*In jedem Fall auszufüllen, außer wenn der Arbeitgeber eine Schule oder ein PMS-Zentrum ist.*

008

Vor diesem Antrag auf einen Urlaub wegen medizinischen Beistands hatte der Antragsteller einen Arbeitsvertrag / eine Ernennung für ... .. Stunden ... .. Minuten pro Woche.

009

Die Vollzeitarbeitsregelung für seine Personalkategorie beträgt ... .. Stunden ... .. Minuten pro Woche.

010

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

**Achtung:** bei einer vollständigen Auszeit muss die Arbeitsregelung 00 Stunden 00 Minuten/Woche betragen.



Nur von den Schulen und PMS-Zentren auszufüllen

- 011 Ein Vollzeitauftrag beträgt: ... .. Stunden ... .. Minuten pro Woche.  
Der Auftrag des Antragstellers vor dem Urlaub wegen medizinischen Beistands
- 012 betrug ... .. Stunden ... .. Minuten pro Woche.  
Der Auftrag des Antragstellers während des Urlaubs wegen medizinischen Beistands wird
- 013 ... .. Stunden ... .. Minuten pro Woche.
- 014 Der wegfallende Auftrag beträgt = ... .. Stunden ... .. Minuten pro Woche.

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.

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.

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

- 109 Nein Ja

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

- 110 Nein Ja

**Unterschrift**

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.

- 069 Datum ... .. • ... .. • ... ..

Unterschrift und Stempelabdruck des Arbeitgebers

- 070

# BESCHEINIGUNGEN

## Bescheinigung, die vom behandelnden Arzt des Patienten / des schwerkranken minderjährigen Kindes / des minderjährigen Kindes in stationärer Behandlung auszufüllen ist

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

Wenn der Beschäftigte im Privatsektor oder bei einer lokalen oder provinziellen Verwaltung beschäftigt ist: Familienangehöriger (Verwandter bis zweiten Grades oder Verschwägerter bis ersten Grades, oder Haushaltsmitglied, oder Vater/Mutter/Kind der mit dem Beschäftigten gesetzlich zusammenwohnenden Person – so wie in der Bescheinigung des Beschäftigten angegeben).

Wenn der Beschäftigte in einem anderen Sektor beschäftigt ist: Familienangehöriger (Verwandter oder Verschwägerter bis zweiten Grades – so wie in der Bescheinigung des Beschäftigten angegeben).

Ich erkläre, dass:

091 Nachname .....

092 Vorname .....

Immer auszufüllen, wenn der Beschäftigte im Privatsektor oder in einer lokalen oder provinziellen Verwaltung arbeitet (AUßER, wenn der Urlaub für ein schwerkrankes minderjähriges Kind oder ein minderjähriges Kind in stationärer Behandlung beantragt wird)

093 an einer **schweren** Krankheit leidet oder sich einem **schweren** Eingriff unterziehen musste **UND** dass neben der eventuellen Hilfe von Fachleuten, die dem Patienten anderweitig zuteilwerden kann, der medizinische, soziale, familiäre, moralische oder psychische Beistand, der durch die vollständige oder teilweise Unterbrechung der Arbeitsleistungen des Beschäftigten sichergestellt werden kann, zur Genesung des Patienten vonnöten ist.

Immer auszufüllen, wenn der Beschäftigte einem anderen Sektor als dem Privatsektor untersteht und nicht in einer lokalen oder provinziellen Verwaltung arbeitet, ODER wenn der Urlaub für ein schwerkrankes minderjähriges Kind oder für ein minderjähriges Kind in stationärer Behandlung beantragt wird, wobei es in dem Fall nicht darauf ankommt, wo der Beschäftigte arbeitet.

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

095 Datum ... ..

Unterschrift und Stempelabdruck des behandelnden Arztes des Patienten / minderjährigen Kindes in stationärer Behandlung

096

## Bescheinigung, die bei einem Antrag auf einen Urlaub wegen medizinischen Beistands für ein Kind in stationärer Behandlung vom Krankenhaus auszufüllen ist

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 Stempelabdruck des Krankenhauses