

# ANTRAG AUF ERLAUBNIS FÜR DIE TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT ODER ANTRAG AUF VERLÄNGERUNG EINER BESTEHENDEN ERLAUBNIS FÜR DIE TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT (REGELUNG FÜR SELBSTÄNDIGE)

**Wichtig – Lesen Sie dies zunächst!**

## Wozu dient dieses Formular?

Sie müssen dieses Formular **vollständig** ausfüllen:

1/ wenn Sie während des Zeitraums, in dem Sie als arbeitsunfähig anerkannt wurden, wieder anfangen möchten zu arbeiten.

Dabei geht es um die (teilweise) Wiederaufnahme

- der selbständigen beruflichen Tätigkeit, der Sie vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit nachgegangen sind, oder
- einer anderen selbständigen beruflichen Tätigkeit oder
- einer Tätigkeit als Lohnempfänger oder
- einer anderen (nicht) entlohnten Tätigkeit,

die mit Ihrem Gesundheitszustand vereinbar ist,

oder

2/ wenn Sie die Bedingungen für die Ausübung Ihrer Tätigkeit, die in Ihrer bestehenden Erlaubnis, während des Zeitraums zu arbeiten, in dem Sie als arbeitsunfähig anerkannt wurden, angegeben wurden, ändern möchten.

Sie müssen nur **einen Teil** dieses Formulars ausfüllen, wenn Sie Ihre bestehende Erlaubnis, während des Zeitraums, in dem Sie als arbeitsunfähig anerkannt wurden, zu arbeiten, ohne irgendeine Änderung der angegebenen Bedingungen für die Ausübung Ihrer Tätigkeit verlängern wollen.

## An wen müssen Sie dieses Formular übermitteln?

Dieses Formular besteht aus zwei Rubriken (eine administrative Rubrik und eine medizinische Rubrik). Bitte füllen Sie beide Rubriken aus und übermitteln Sie beides zusammen an Ihre Krankenkasse oder die regionale Dienststelle der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung.

## Wann müssen Sie dieses Formular übermitteln?

Sie müssen dieses Formular **spätestens an dem Werktag, der der Wiederaufnahme der Arbeit unmittelbar vorausgeht**, übermitteln.

**Ausnahme:** Wenn Sie nach dem Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit einer Tätigkeit

- im Sportbereich oder im soziokulturellen Bereich fortsetzen (über das besondere Statut im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit „Artikel 17 LASS-Erlass vom 28. November 1969“ (Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen)) nachgehen
- im Rahmen der nicht direkt zugängliche Pflege und Unterstützung für eine Person mit Behinderung, die durch ein persönliches Assistenzbudget oder durch ein persönliches Budget finanziert wird (Maßnahmen der Flämischen Gemeinschaft) nachgehen

gemäß einem vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits abgeschlossenen und tatsächlich ausgeführten Vertrag nachgehen; Sie müssen dieses Formular dann innerhalb von einem Monat ab der Arbeitsunfähigkeitserklärung einsenden.

Wenn Sie nicht rechtzeitig melden, dass Sie die Arbeit wiederaufgenommen haben, können Ihre Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen **um 10 % herabgesetzt oder sogar verweigert** werden (in Anwendung einer bestimmten Kumulierungsregel, wenn Sie berufliche Einkünfte aus der angepassten Tätigkeit beziehen).

## Beizufügende Dokumente

Sie müssen eine Kopie Ihres Arbeitsvertrags beifügen, wenn Sie Ihre Tätigkeit als Lohnempfänger während des Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit wiederaufnehmen möchten.

Wenn Sie noch nicht über den neuen Arbeitsvertrag verfügen, müssen Sie Ihrer Krankenkasse eine Kopie davon übermitteln, sobald Sie ihn haben.

**Sollten Sie Schwierigkeiten haben, dieses Formular auszufüllen, zögern Sie nicht, mit Ihrer Krankenkasse Kontakt aufzunehmen.**

## Rubrik 1: Erklärung über die teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit

Ich, der (die) unterzeichnete:

Mobil- oder Festnetznummer .....

E-Mail (freiwillige Angabe) .....

**erkläre, dass ich ab dem**        die folgende Tätigkeit.....

..... **wiederaufnahme (oder fortsetze,** wenn ich die Erlaubnis des Vertrauensarztes bereits erhalten habe).

Über den nachstehenden Antrag auf Erlaubnis beantrage ich die Erlaubnis des Vertrauensarztes meiner Krankenkasse, dieser Tätigkeit nachzugehen. Vergessen Sie dann nicht, die Rubrik 2 (auf den folgenden Seiten) zum Antrag auf teilweise Wiederaufnahme der Arbeit oder zur Verlängerung einer bestehenden Erlaubnis zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit auszufüllen.

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass alle Angaben in diesem Formular vollständig und richtig sind.

Mir ist bekannt, dass eine falsche, unrichtige oder unvollständige Erklärung mit einer Verwaltungssanktion oder einer strafrechtlichen Sanktion geahndet werden kann (Artikel 233 des Sozialstrafgesetzbuches).

Datum: ...../...../ 20.....

Unterschrift:

**Rubrik 2: Antrag auf teilweise Wiederaufnahme der Arbeit oder  
Antrag auf Verlängerung einer bestehenden Erlaubnis für die  
teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der  
Arbeitsunfähigkeit**

Ich, der (die) unterzeichnete: Nachname und Vorname (oder eine Vignette aufkleben)

.....

Eintragsnummer im Nationalregister (ENSS) (siehe Rückseite Ihres  
Personalausweises)

.....

Mobil- oder Festnetznummer (freiwillige Angabe) .....

E-Mail (freiwillige Angabe) .....

stelle den folgenden Antrag beim Vertrauensarzt der Krankenkasse: *je nach Art des Antrags  
ankreuzen und ausfüllen*

**Neuer Antrag auf teilweise Wiederaufnahme der Arbeit**

O – ich beantrage die Erlaubnis des Vertrauensarztes meiner Krankenkasse, ab dem (Tag/Monat/Jahr)

eine (berufliche) Tätigkeit als.....

.....  
wiederaufzunehmen.

*Bitte füllen Sie für diese Art von Antrag sämtliche nachstehenden Punkte 1 bis 4 aus und unterzeichnen Sie die nachstehende ehrenwörtliche Erklärung.*

**Antrag auf Verlängerung einer bestehenden Erlaubnis für die teilweise Wiederaufnahme der Arbeit MIT Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit**

O – ich beantrage die Erlaubnis des Vertrauensarztes meiner Krankenkasse, die bestehende Erlaubnis für die teilweise Wiederaufnahme MIT Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit ab dem (Tag/Monat/Jahr)

für eine (berufliche) Tätigkeit als.....

.....  
zu verlängern.

*Bitte füllen Sie für diese Art von Antrag sämtliche nachstehenden Punkte 1 bis 4 aus und unterzeichnen Sie die nachstehende ehrenwörtliche Erklärung.*

**Antrag auf Verlängerung einer bestehenden Erlaubnis für die teilweise Wiederaufnahme der Arbeit OHNE Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit**

O – ich beantrage die Erlaubnis des Vertrauensarztes meiner Krankenkasse, die bestehende Erlaubnis für die teilweise Wiederaufnahme OHNE Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit für eine (berufliche) Tätigkeit als  
..... zu verlängern.

In diesem Fall müssen Sie die Punkte 1 bis 4 nicht ausfüllen, sondern nur die ehrenwörtliche Erklärung am **Ende** dieses Formulars unterzeichnen.

**1. Ankreuzen, um anzugeben, ob es sich um eine (berufliche) Tätigkeit handelt**

- als **Selbständiger**
  - selbständige Tätigkeit, der Sie vor dem Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit nachgegangen sind
  - eine andere selbständige Tätigkeit
- als **Lohnempfänger**
  - Arbeiter
  - Angestellter
- als **im Sportbereich oder im soziokulturellen Bereich beschäftigter Arbeitnehmer** (über das besondere Statut im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit „Artikel 17 LASS-Erlass vom 28. November 1969“ – Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen)
  - A) die Tätigkeit ist die Fortsetzung der Ausführung eines Arbeitsvertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde.
  - B) die Tätigkeit ist nicht die Fortsetzung der Ausführung eines Arbeitsvertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde.
- im Rahmen der nicht direkt zugänglichen Pflege und Unterstützung für eine Person mit Behinderung, die durch **ein persönliches Assistenzbudget** oder durch **ein persönliches Budget** finanziert wird (Maßnahmen der Flämischen Gemeinschaft)
  - A) die Tätigkeit ist die Fortsetzung der Ausführung einer Vereinbarung, die bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde.
  - B) die Tätigkeit ist nicht die Fortsetzung der Ausführung einer Vereinbarung, die bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde.
- **Jede andere Tätigkeit**
  - entlohnte Tätigkeit
  - nicht entlohnte Tätigkeit

**2. Welche Aufgaben nehmen Sie wahr? Beschreiben Sie alle Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie ausführen, gesondert und möglichst konkret.**

.....

.....

.....

.....

**3. Geben Sie den Zeitplan an, nach dem Sie dieser Tätigkeit nachgehen:**

- Ich arbeite nach einem **variablen** Zeitplan (keine feste Arbeitszeit)

Anzahl der Stunden pro Woche:

- Ich arbeite nach einem **festen Zeitplan** (bitte füllen Sie auch die unten aufgeführte Stundentabelle aus).

Wenn die Arbeitstage und -zeiten jede Woche gleich sind, füllen Sie bitte nur die Woche 1 aus (1. Zeile der nachstehenden Tabelle):

Anzahl der Stunden pro Woche:

	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>	<b>Samstag</b>	<b>Sonntag</b>
<b>Woche 1</b>	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...
	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...
<b>Woche 2</b>	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...
	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...
<b>Woche 3</b>	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...
	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...
<b>Woche 4</b>	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...
	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...	von ... bis ...

Bitte geben Sie alle weiteren Informationen an, die im Zusammenhang mit Ihrer Arbeitszeit zweckdienlich sind.

.....

.....

.....

**4. Füllen Sie die nachstehenden Angaben aus**

Name Ihres Arbeitgebers oder der Organisation (nur auszufüllen, wenn es sich nicht um eine Wiederaufnahme einer selbständigen Tätigkeit handelt):.....  
.....

Adresse: .....  
.....

Tel.: .....

- Wenn Sie über diese Daten verfügen:

- Kontaktdaten Ihres behandelnden Arztes (Name, Adresse, Telefon):  
.....  
.....

- Kontaktdaten des Gefahrenverhütungsberaters für Arbeitsmedizin (wenn Sie die Arbeit als Lohnempfänger wieder aufnehmen):  
.....  
.....

**Ich versichere, dass dieser Antrag wahrheitsgetreu ist.**

Datum:../...../20.....

Unterschrift:.....