

Antrag auf Genehmigung einer teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit (System der Selbstständigen)



ANTRAG AUF GENEHMIGUNG EINER TEILWEISEN WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT ODER AUF VERLÄNGERUNG EINER BESTEHENDEN GENEHMIGUNG (System der Selbstständigen)

Dieser Vordruck ist vor der Aufnahme der Tätigkeit auszufüllen, zu unterzeichnen und an Ihre Krankenkasse zu schicken.
Lesen Sie zunächst die wichtigen Hinweise auf der letzten Seite!

RUBRIK 1: ERKLÄRUNG ÜBER DIE TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND EINER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Angaben zur Person

Name: Vorname:
Straße: Hausnummer: Briefkasten: Index:
Postleitzahl: Ort: Land:
Tel.: E-Mail Adresse*:
Nummer des Nationalregisters:

Ich Unterzeichnete(r) erkläre hiermit, ab dem folgende Tätigkeit..... **wieder aufzunehmen (oder fortzusetzen**, sofern hierfür bereits eine Genehmigung des Vertrauensarztes besteht).

Mit dem nachstehenden Genehmigungsantrag beantrage ich beim Vertrauensarzt meiner Krankenkasse die Genehmigung zur Ausübung dieser Tätigkeit. Vergessen Sie daher nicht, die Rubrik 2 (folgende Seiten) auszufüllen, die sich auf den Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit oder auf die Verlängerung einer bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit bezieht.

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass alle Angaben in diesem Formular vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass eine falsche, ungenaue oder unvollständige Erklärung mit einer Verwaltungsstrafe oder einer strafrechtlichen Verfolgung geahndet werden kann (Artikel 233 des Strafgesetzbuchs).

Datum:

Unterschrift:

Antrag auf Genehmigung einer teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit (System der Selbstständigen)



RUBRIK 2: ANTRAG AUF GENEHMIGUNG EINER TEILWEISEN WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT ODER AUF VERLÄNGERUNG EINER BESTEHENDEN GENEHMIGUNG (SYSTEM DER SELBSTSTÄNDIGEN)

Ich unterzeichnete(r),

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

Neuer Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit

- Ich beantrage beim Vertrauensarzt meiner Krankenkasse ab dem die Wiederaufnahme einer (Erwerbs-)Tätigkeit als.....
Für einen Antrag dieser Art füllen Sie bitte alle nachstehenden Punkte 1 bis 4 aus und unterzeichnen Sie die nachstehende eidesstattliche Erklärung.

Antrag auf Verlängerung einer bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Tätigkeit MIT einer Änderung der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit

- Ich bitte den Vertrauensarzt meiner Krankenkasse, ab dem die bestehende Genehmigung für eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit MIT einer Änderung der bereits angegebenen Ausübungsbedingungen für eine (Erwerbs-) Tätigkeit als.....zu verlängern.
Für einen Antrag dieser Art füllen Sie bitte alle nachstehenden Punkte 1 bis 4 aus und unterzeichnen Sie die nachstehende eidesstattliche Erklärung.

Antrag auf Verlängerung einer bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Tätigkeit OHNE Änderung der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit

- Ich bitte den Vertrauensarzt meiner Krankenkasse, die bestehende Genehmigung für eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit OHNE Änderung der bereits angegebenen Ausübungsbedingungen für eine (Erwerbs-) Tätigkeit als..... zu verlängern.
*In diesem Fall müssen Sie die Punkte 1 bis 4 nicht ausfüllen, sondern lediglich die eidesstattliche Erklärung **am Schluss** dieses Antrags unterzeichnen.*

* Ich bin damit einverstanden, dass die Christliche Krankenkasse (CKK) meine E-Mail-Adresse verwendet, um mich im Rahmen meiner persönlichen Akte zu kontaktieren (1). Wenn ich meine E-Mail-Adresse eingebe oder ändere, erhalte ich aus Sicherheitsgründen eine E-Mail von der CKK um meine E-Mail-Adresse zu bestätigen und meine Kommunikationspräferenzen gegebenenfalls zu ändern. Erst nach dieser Bestätigung wird die CKK meine Einstellungen verwenden.

- (1) Es handelt sich um folgende Mitteilungen im Rahmen der CKK-Dienstleistungen: Übersicht über die Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit, Briefe, Formulare und Bescheinigungen; Aufforderungen zur Zahlung des Mitgliedsbeitrags, der Versicherungsprämien und anderer Rechnungen im Rahmen meiner persönlichen Akte(2); Informationen über Leistungen und Vorteile der Pflicht- und Zusatzversicherung; Mitteilungen im Rahmen meiner wahlfreien Versicherungsverträge bei der CKK-Assura (Hospi, Denta). Mir ist bekannt, dass aus diesen Mitteilungen bei Bedarf Informationen über meine Gesundheit abgeleitet werden können, und ich schütze den Zugang zu meiner Mailbox, wenn nötig.
- (2) Dies gilt nicht, wenn ich mich dafür entschieden habe, meine CKK-Unterlagen und/oder CKK-Rechnungen über Doccle zu erhalten.

Antrag auf Genehmigung einer teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit (System der Selbstständigen)



1. Kreuzen Sie an, ob es sich um eine (Erwerbs-) Tätigkeit handelt als

- Selbstständiger
 - Selbstständiger im gleichen Beruf, den Sie auch vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit ausgeübt haben
 - Selbstständiger in einem anderen Beruf
- lohnabhängiger Arbeitnehmer
 - Arbeiter
 - Angestellter
- Arbeitnehmer, der im Sport- und soziokulturellen Sektor beschäftigt ist*
 - Die Tätigkeit ist die Fortsetzung der Erfüllung eines Vertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde
 - Die Tätigkeit ist nicht die Fortsetzung der Erfüllung eines Vertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde.
- Tätigkeit im Rahmen der Pflege und Unterstützung, die für eine Person mit Behinderung nicht direkt zugänglich ist und die aus einem persönlichen Assistenzbudget (PAB) oder einem persönlichen Budget (PVB) finanziert wird **
 - Handelt es sich bei der Tätigkeit um die Fortsetzung der Erfüllung eines Vertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich erfüllt wurde?
 - Ja
 - Nein
- jede andere Tätigkeit
 - Tätigkeit gegen Entgelt
 - unentgeltliche Tätigkeit

* über das Sonderstatut im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit Artikel 17 - LSS-Beschluss aufgrund des KE vom 28. November 1969 - Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen

** besondere Maßnahmen der Flämischen Gemeinschaft

2. Welche Aufgaben nehmen Sie wahr? Beschreiben Sie alle Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie übernehmen, einzeln und so konkret wie möglich.

.....

.....

.....

.....

3. Vorschlag zum gewünschten Stundenplan

Vermerken Sie, an welchen Tagen Sie arbeiten werden und wie viel Stunden:

- Ich arbeite nach einem variablen Stundenplan (also nach keinem festen Stundenplan). Stundenzahl pro Woche:
- Ich möchte nach einem festen Stundenplan arbeiten (bitte füllen Sie auch die untenstehende Tabelle mit den Arbeitszeiten aus).
Stundenzahl pro Woche:
wie folgt verteilt

Antrag auf Genehmigung einer teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit

(System der Selbstständigen)



Wochentag	Tagesstundenplan	Gesamtstundenzahl pro Tag
MONTAG	VON BIS UND VON BIS	<input type="text"/> <input type="text"/>
DIENSTAG	VON BIS UND VON BIS	<input type="text"/> <input type="text"/>
MITTWOCH	VON BIS UND VON BIS	<input type="text"/> <input type="text"/>
DONNERSTAG	VON BIS UND VON BIS	<input type="text"/> <input type="text"/>
FREITAG	VON BIS UND VON BIS	<input type="text"/> <input type="text"/>
SAMSTAG	VON BIS UND VON BIS	<input type="text"/> <input type="text"/>
SONNTAG	VON BIS UND VON BIS	<input type="text"/> <input type="text"/>

Bitte alle anderen hilfreichen Auskünfte zum Stundenplan vermerken:

.....
 Welche Aufgaben übernehmen Sie? Beschreiben Sie getrennt und möglichst konkret alle Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie übernehmen werden.

4. Auch um folgende Auskünfte wird gebeten

Name des Arbeitgebers oder der Einrichtung:
 Postanschrift und/oder Ort der Beschäftigung:
 Tel.:
 Unternehmensnummer: Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers zur Zustimmung:

Falls Sie über diese Informationen verfügen:

- Die Kontaktdaten des behandelnden Arztes (Name, Anschrift, Telefon):
- Die Kontaktdaten des Gefahrenverhütungsberater - Arbeitsarztes

Hiermit bestätige ich, dass dieser Antrag wahrheitsgetreu ausgefüllt wurde.

Datum: - -

Tel.:
 E-Mail-Adresse:
 Unterschrift des Antragstellers:

Bitte Erkennungsaufkleber Ihrer Krankenkasse aufkleben.

Antrag auf Genehmigung einer teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit (System der Selbstständigen)



Wichtige Hinweise

Wozu dient dieses Formular?

Sie müssen dieses Formular vollständig ausfüllen:

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

Es handelt sich um eine teilweise Wiederaufnahme

* der Erwerbstätigkeit als Selbstständiger, die Sie vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit ausgeübt haben,

oder

* einer neuen Erwerbstätigkeit als Selbstständiger,

oder

* einer Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer,

oder

* jeder anderen (un)entgeltlichen Tätigkeit, die mit Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zu vereinbaren ist.

oder

2. wenn Sie die angegebenen Bedingungen für die Ausübung Ihrer Tätigkeit in Ihrer bestehenden Genehmigung für den Zeitraum, in dem Sie als arbeitsunfähig anerkannt werden, ändern möchten.

Sie müssen **nur einen Teil** dieses Formulars ausfüllen, wenn Sie Ihre bestehende Genehmigung für den Zeitraum, in dem Sie arbeitsunfähig sind, ohne Änderung der angegebenen Bedingungen für die Ausübung Ihrer Tätigkeit verlängern möchten.

Wem müssen Sie dieses Formular zustellen?

Füllen Sie dieses Formular aus und reichen Sie es anschließend bei Ihrer Krankenkasse ein.

Wann müssen Sie dieses Formular einreichen? *

Sie müssen dieses Formular **spätestens am ersten Werktag unmittelbar vor der Wiederaufnahme der Arbeit übermitteln**.

Wenn Sie nicht rechtzeitig melden, dass Sie die Arbeit wieder aufgenommen haben, können Ihre Geldleistungen der Krankenversicherung um **10% gekürzt oder sogar verweigert** werden (unter Anwendung einer bestimmten Kumulierungsregel, wenn Sie ein Erwerbseinkommen aus der angepassten Tätigkeit erzielen).

Beizufügende Unterlagen

Sie müssen diesem Formular eine Kopie Ihres Arbeitsvertrages beilegen, wenn Sie eine Tätigkeit als Arbeiter während Ihrer Arbeitsunfähigkeit ausüben möchten.

Wenn Sie noch nicht über den Arbeitsvertrag verfügen, lassen Sie Ihrer Krankenkasse ein Kopie zukommen, sobald Sie diese erhalten haben.

Wenn Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen dieses Formulars haben, wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.

* Ausnahme: Wenn Sie nach Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit eine Tätigkeit im sportlichen und soziokulturellen Sektor (über das Sonderstatut im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit gemäß Artikel 17 des LSS-Beschlusses vom 28. November 1969 - Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen) oder eine Tätigkeit im Rahmen der Pflege und Unterstützung, die für eine Person mit Behinderung nicht direkt zugänglich ist und die aus einem persönlichen Assistenzbudget (PAB) oder einem persönlichen Budget (PVB) finanziert wird (besondere Maßnahmen der Flämischen Gemeinschaft), zur Erfüllung eines Vertrags fortsetzen, der bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde, müssen Sie dieses Formular innerhalb eines Monats nach Meldung der Arbeitsunfähigkeit einreichen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten gemäß den geltenden belgischen und europäischen Datenschutzgesetzen, insbesondere der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO 2016/679) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website unter <https://www.ckk-mc.be/disclaimer/datenschutzerklaerung-ckk>.