



ANTRAG AUF BEIHILFE INFORMELLE PFLEGE

- Möchten Sie einen Antrag auf Beihilfe stellen, dann schicken Sie bitte das beigefügte Antragsformular **per Einschreiben** oder **mittels einer Bittschrift** ausgefüllt an Ihre Sozialversicherungskasse, der Sie angeschlossen sind, unter folgender Bedingung:
 - Sie sind als Selbständige(r) erwerbstätig;
 - die Sozialversicherungsbeiträge für die beiden Quartale vor dem Quartal, in dem die Unterbrechung begann, entrichtet haben, und;
 - Sie möchten Ihre selbständige Tätigkeit unterbrechen oder um mindestens 50 Prozent reduzieren, um folgenden Personen Hilfe zu leisten:
 - Ihrem Ehegatte / Ihrer Ehegattin oder Ihrem/Ihrer gesetzlich Zusammenwohnende(n) Partner(in) oder einem Familien- oder Haushaltmitglied die/das an einer schweren Krankheit leidet und sich in folge einer unheilbaren Krankheit in der Endphase seines/ihrer Lebens befindet (Palliativpflege), oder;
 - Ihrem Kind mit einer Behinderung bis zum Alter von 25 Jahren.
- Wenn Sie Ihre Arbeitsleistungen vollständig Aussetzen (100%), beläuft sich die Beihilfe auf 1.606,15 Euro/Monat*. Dieser Betrag wird halbiert (803,08 Euro/Monat*), wenn Sie Ihre Leistungen um mindestens 50 Prozent verkürzen; in dem Fall ist von einer teilweise Unterbrechung die Rede.
- Sie können Ihre Leistungen **vollständig oder teilweise** unterbrechen **mit Zeitabschnitten von mindestens 1 Monat** (außer im Falle des Todes der gepflegten Person vor Monatsende) bis zu höchstens 3 Monaten. Sie können im Laufe Ihrer Laufbahn mehrmals eine Unterbrechung Ihrer Berufstätigkeit beantragen, aber für die Gewährung der **Beihilfe** gilt eine **Höchstdauer von 12 Monaten**.
- Wenn Sie 3 aufeinanderfolgende Monate eine vollständige Beihilfe erhalten, können für den dritten Monat unter bestimmten Bedingungen **von den Sozialversicherungsbeiträgen befreit werden**. In der Voraussetzung, dass Sie 3 zusätzliche Monate Beihilfe bekommen, haben Sie abermals Anspruch auf Befreiung für ein Quartal, jedoch mit einem Maximum von 4 Quartalen über Ihre gesamte Laufbahn.
- **Jedes Quartal, für das Sie Beitragsbefreiung genießen, wird im Rahmen der Pensionsberechnung einem Quartal Erwerbstätigkeit gleichgesetzt und** verbürgt folglich Ansprüche in Bezug auf **Pension und die Wahrung von Ansprüchen** in den anderen Sektoren (Kranken- und Invaliditätsversicherung (Sektor medizinische Versorgung und Arbeitsunfähigkeit), Mutterschaftsversicherung, Mutterschaftshilfe, Kindergeld und Insolvenzversicherung).
- De Antrag auf eine Beihilfe Informelle Pflege gilt zugleich als Antrag auf Befreiung und auf Gleichsetzung. Ihr Anspruch auf Beitragsbefreiung und Gleichsetzung wird automatisch untersucht.

1. Angaben zum Antragsteller (die Pflegeperson)

Ich Unterzeichner, (NAME + Vorname)

Name

Vorname

Beantrage die Beihilfe Informelle Pflege.

Nummer des Nationalregisters

Falls Sie Ihre Nummer des Nationalregisters nicht kennen:

Geburtsdatum:

Postleitzahl:

* Leistung zutreffend am 1/5/2024

2. Angaben zur gepflegten Person

Gepflegten Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Nummer des Nationalregisters

Besteht eine Verwandtschaftsbeziehung zu Ihnen?

nein ja

Enn ja, wählen Sie die betreffende Person in der untenstehenden Liste:

Ihr Kind oder das Kind Ihres Ehemanns / ihrer Ehefrau,

Ihr Vater oder Ihre Mutter,

Ihr Großvater oder Ihre Großmutter,

Der Großvater oder die Großmutter Ihres Ehemanns / Ihrer Ehefrau,

Ihr Bruder oder Ihre Schwester (mit Einschluss Ihrer Halbgeschwister),

Ihr Schwager oder Ihre Schwägerin,

Ihr Enkel oder der Enkel Ihres Ehemanns / Ihrer Ehefrau,

Der Ehemann / die Ehefrau Ihres Enkels oder des Enkels Ihres Ehemanns / Ihrer Ehefrau,

Ihr Schwiegersohn / Ihre Schwiegertochter (d.h. der Ehemann / die Ehefrau Ihres Kinde / des Ehemanns oder der Ehefrau Ihres Kindes),

Ihr Schwiegervater oder Ihre Schwiegermutter (d.h. der Vater oder die Mutter Ihres Ehemanns / Ihrer Ehefrau),

Ihr Stiefvater oder Ihre Stiefmutter (d.h. der Ehemann / die Ehefrau Ihres Vaters oder Ihrer Mutter),

Sonstiges Verwandtschaftsverhältnis, und zwar

Handelt es sich um Ihren Ehegatten / Ihre Ehegattin oder Ihr(e) gesetzlich Zusammenwohnende(r) Partner(in)

nein ja

Handelt es sich um eine andere Person, die ihren Wohnsitz bei Ihnen hat

nein ja

Sonstiges, und zwar

→ Geben Sie oben kein Verwandtschaftsverhältnis an, so muss Ihr Antrag zurückgewiesen werden.

3. Angaben zur Art der informellen Pflege

Sie beantragen eine Beihilfe für informelle Pflege, weil Sie Ihre selbstständige Aktivität unterbrechen müssen, um eine Person zu pflegen. Mit Ihrem Antrag bestätigen Sie, dass Sie tatsächlich, kontinuierlich und regelmäßig Pflegeleistungen erbringen werden.

Erläutern Sie, um welche Art Pflege es sich handelt (das Zutreffende bitte ankreuzen)

Pflege im Fall einer schweren Erkrankung, das heißt jeder Krankheit oder Medizinischer Behandlung, die vom behandelnden Arzt als solche betrachtet wird und wobei der Arzt der Meinung ist, dass jede Form sozialer, familialer oder emotioneller Unterstützung oder Betreuung für die Genesung der kranken Person notwendig ist.

→ In dem Fall müssen Sie zwingend die beigefügte ärztliche Bescheinigung vom Arzt der kranken Person ausfüllen lassen (Anlage 2).

Palliativpflege, das heißt jede Form von Unterstützung, vor allem medizinischer, administrativer und psychologischer Unterstützung und Betreuung von Personen, die an einer unheilbaren Krankheit leiden und sich in der Endphase ihres Lebens befinden und deren Arzt urteilt, dass jede Art von Unterstützung und Pflege durch den Freiberufler notwendig ist.

→ In dem Fall müssen Sie zwingend die beigefügte ärztliche Bescheinigung vom Arzt der kranken Person ausfüllen lassen (Anlage 2).

Pflege Ihres Kindes bis zum Alter von 25 Jahren das eine körperliche oder mentale Behinderung oder Erkrankung von mindestens 66% hat oder das an einer Erkrankung leidet, die zur Zuerkennung von wenigstens 4 Punkten in dem ersten Pfeiler der medizinisch-sozialen Skala führt wie festgelegt in den Vorschriften zu den Familienzulagen. Ab dem Alter von 21 Jahren ist nur die Zuerkennung einer Eingliederungsbeihilfe wie festgelegt in den Vorschriften zur Beihilfe an Personen mit Behinderung erforderlich.

→ In dem Fall brauchen Sie selbst keine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Ihre Sozialversicherungskasse wird die nötigen Informationen einholen beim FÖD Soziale Sicherheit, Generaldirektion Personen mit Behinderung, die die Behinderung Ihres Kindes (mindestens 66% oder mindestens 4 Punkte) anerkennt oder die Ihrem Kind während der Unterbrechung Ihrer Tätigkeit eine Eingliederungsbeihilfe gewährt.

→ Es dürfen keine Beihilfen ausgezahlt werden, wenn der Zeitraum nicht durch eine ärztliche Bescheinigung abgedeckt ist oder wenn die Sozialversicherungskasse die erteilten Auskünfte über das behinderte Kind nicht bei dem FÖD Soziale Sicherheit, Generaldirektion Personen mit Behinderung hat nachprüfen können.

4. Angaben zur Unterbrechung Ihrer Erwerbstätigkeit

Es handelt sich um eine zeitlich befristete Unterbrechung der Erwerbstätigkeit die keine offizielle Einstellung Ihrer selbstständigen Tätigkeit veranlasst. Ihre Erwerbstätigkeit bleibt bestehen und nach wie vor bei der zentralen Datenbank der Unternehmen (ZDU) registriert.

Sie werden Ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen oder zurückschrauben

Von _____ bis _____ (Schätzung)

Sie beabsichtigen, Ihre Aktivität zu unterbrechen für einen Zeitraum von: (Zutreffende bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 4 Monaten
<input type="checkbox"/> 2 Monaten	<input type="checkbox"/> 5 Monaten
<input type="checkbox"/> 3 Monaten	<input type="checkbox"/> 6 Monaten

→ Sie können Ihre Unterbrechung um einen oder mehrere Monate verlängern, aber die Gesamtdauer über die gesamte Laufbahn als Selbständige(r) darf zwölf Monate nicht überschreiten.

Werden Sie während Ihrer zeitlich befristeten Unterbrechung eine selbständige Tätigkeit fortsetzen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nein, es handelt sich um eine **vollständige** zeitlich befristete Unterbrechung meiner selbständigen Tätigkeit.

Ja, es handelt sich um eine **teilweise** zeitlich befristete Unterbrechung meiner selbständigen Tätigkeit.

→ In dem Fall bitte die diesem Formular beigelegte ehrenwörtliche Erklärung ausfüllen und unterschreiben (Anlage 2).

→ Die Zahlung der Beihilfe kann nur erfolgen, wenn diese ehrenwörtliche Erklärung ausgefüllt und der Sozialversicherungskasse übermittelt worden ist.

Üben Sie eine sonstige, nichtselbständige Erwerbstätigkeit aus (Arbeitnehmer, Beamter, Lehrer, usw.)?
(bitte das Zutreffende ankreuzen)

Nein

Ja, und ich werde die Ausübung dieser nichtselbständigen Tätigkeit während des in Punkt 4) erwähnten Zeitraums fortsetzen oder (bezahlten oder unbezahlten) Urlaub nehmen.

Ja, und diese nichtselbständige Tätigkeit werde ich während des in Punkt 4) erwähnten Zeitraums oder eines Teils dieses Zeitraums gleichfalls unterbrechen.

→ In diesem Fall, außer wenn der Antrag ein behindertes Kind zwischen 21 und 25 Jahren betrifft, sollten Sie vor der Antragstellung, wenn Sie dies nicht bereits schon getan haben, bei dem Landesamt für Arbeitsbeschaffung (LFA) einen Antrag auf eine Unterbrechungszulage stellen, etwa über Ihren Arbeitgeber (auf der Webseite des LAAB www.lfa.be finden Sie das Antragsformular C61, das am 01.01.2015 im Sektor Ihrer Tätigkeit Anwendung findet). Wenn ein derartiger Antrag schon gestellt worden ist, legen Sie diesem Formular bitte eine Kopie der Entscheidung des LFA bei.

Sonstige:



Die Auszahlung der Beihilfe kann nicht erfolgen, wenn Sie in ähnlichen Situationen (schwere Erkrankung, Palliativpflege oder Elternschaftsurlaub für ein behindertes Kind) Zeitkredit oder Laufbahnunterbrechung genießen können, wobei unrechtmäßig gezahlte Beträge zurückgefordert werden.

Genießen Sie während des Zeitraums der Unterbrechung Ihrer selbständigen Tätigkeit (Zutreffendes bitte ankreuzen)

eine Rente (geben Sie die Bezeichnung der Beihilfe und die Auszahlungseinrichtung an)

eine andere Beihilfe (geben Sie die Bezeichnung der Beihilfe und die Auszahlungseinrichtung an)

5. Angaben zur Auszahlung der Beihilfe

Geben Sie bitte die Kontonummer (IBAN) an, auf die die Beihilfe überwiesen werden soll:

BE

Auf Namen von

6. Unterschrift des Antragstellers (Pflegerperson)

Ich Unterzeichnete(r),
erkläre, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Ich verpflichte mich dazu, jede Änderung der hier gemachten Angaben unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Im Falle des Hinscheidens der kranken Person oder der Wiederaufnahme meiner Erwerbstätigkeit verpflichte ich mich dazu, meine Sozialversicherungskasse unverzüglich schriftlich darüber in Kenntnis zu setzen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers:

Befinden Sie sich in einer komplizierten Lebensphase? Suchen Sie Ratschläge, wie Sie die Herausforderungen Ihres Lebens als Unternehmer meistern können? Entdecken Sie **unsere Seite zum psychischen Wohlbefinden** (securex.be/Selbständig-sein/Ihr-mentales-Wohlbefinden) mit konkreten Lösungen. Wir bei Securex sind da, um Sie bei jedem Schritt zu begleiten und zu unterstützen.

Achten Sie auf sich, denn Ihr Wohlbefinden ist der Schlüssel zu Ihrem Erfolg als Selbstständiger.

ANLAGE 1 – EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ehrenwörtliche Erklärung, auszufüllen im Fall einer teilweise Arbeitsunterbrechung

Ich Unterzeichnete(r),
bestätige hiermit, dass ich meine selbständige Erwerbstätigkeit teilweise unterbrechen werde.

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass der Umfang meiner selbständigen Tätigkeit im Vergleich zum Umfang meiner selbständigen Tätigkeit in normalen umständen um mindestens die Hälfte vermindern wird.

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich meine Tätigkeiten folgenderweise einschränken werde (*Zutreffendes gegebenenfalls ankreuzen und erläutern*):

Ein Stellvertreter wird mir bei der Ausübung meiner Tätigkeit helfen.

Name

Ich werde von meiner Familie und oder Freunden Unterstützung erhalten.

Name(n)

Mein Unternehmen wird an bestimmten Wochentagen Schließen..

Zusätzliche Schließungstage

Ich werde die Zahl der Terminen/Verpflichtungen einschränken.

Ich werde eine bestimmte Tätigkeit oder einen Tätigkeitsbereich einstellen.

Sonstige, bitte angeben

Datum

Unterschrift des Antragstellers :

ANLAGE 2 - ÄRSTLICHE BESCHEINIGUNG

Ärztliche Bescheinigung, vom Arzt auszufüllen im Fall einer schweren Erkrankung oder palliativpflege.

Eine effektive, kontinuierliche und regelmäßige Pflegeleistung durch den nachstehend aufgeführten Selbstständigen,
_____, ist für meinen
Patienten unentbehrlich.

Ich habe festgestellt, dass mein Patient:

an einer schweren Erkrankung leidet

sich in der Endphase einer unheilbaren Erkrankung befindet

Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes