

Spezifische Informationen im Zusammenhang mit COVID-19

Damit wir Ihren Antrag so schnell wie möglich untersuchen können, bitten wir Sie, folgende Richtlinien zu beachten.

Formular 601	Formular 603
(administratives Formular, das von Ihnen und von Ihrem Arbeitgeber auszufüllen ist)	(medizinisches Formular, das von einem Arzt auszufüllen ist)
Neben Ihren persönlichen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer und/oder Handynummer und E-Mail-Adresse) und Ihrer Ausbildung ist es unbedingt erforderlich, uns so viele Informationen wie möglich über Ihre Berufstätigkeit zu geben.	muss die eindeutige Diagnose (COVID-19) und den medizinischen Verlauf der Krankheit (Arztberichte) enthalten;
Ihr Arbeitgeber muss Rubrik B ausfüllen und den Dienst angeben, in dem Sie arbeiten. Sie und/oder Ihr Arbeitgeber müssen auch die Art Ihrer Berufstätigkeiten in den letzten Wochen vor dem Auftreten der Symptome beschreiben.	muss das Laborprotokoll, das die Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus bestätigt, enthalten (diese Ergebnisse sind zur Behandlung Ihres Antrags unbedingt erforderlich);
Vergessen Sie nicht, einen Aufkleber Ihrer Krankenkasse anzubringen und in Feld 6 Ihre soziale Situation anzugeben. Vergessen Sie nicht, Ihren Antrag zu datieren und zu unterschreiben .	muss die Dauer der vom Arzt verordneten Arbeitsunfähigkeit enthalten (wenn möglich, eine Kopie des ärztlichen Zeugnisses).
Dieses Formular muss zusammen mit dem Formular 603 (medizinisches Formular) eingereicht werden.	Wenn die Arbeitsunfähigkeit verlängert wird, schicken Sie uns so bald wie möglich eine Kopie des ärztlichen Zeugnisses mit Angabe der Dauer und des Grundes für die Verlängerung zu.



Föderalagentur für Berufsrisiken - Avenue de l'Astronomie 1 - 1210 BRÜSSEL

ANTRAGSFORMULAR FÜR SCHADENERSATZ IM FALLE EINER BERUFSKRANKHEIT
Berufskrankheitengesetzgebung für Personalmitglieder der Provinz- und Kommunalbehörden

Rubrik A FÄCHER VON DEM (DER) ANTRAGSTELLER(IN) AUSZUFÜLLEN

FACH 1 Identität (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name (für Frauen: der Mädchename)

Vorname (offizieller Vorname)

Straße und Hausnummer

Nr.

Briefkasten

Gemeinde und Postleitzahl

(für Brüssel die Teilgemeinde erwähnen)

Postleitzahl

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Geschlecht (das entsprechende Fach ankreuzen)

M

W

Sprache (Deutsch - Niederländisch-Französisch)

Telefonnummer (zu Hause)

Kennnummer im Nationalregister (siehe Rückseite Ihres Personalausweises)

.

.

.

-

IBAN

B E

-

-

-

FACH 2 Art des Antrags

Unterzeichneter möchte bei Fedris einreichen: (das entsprechende Fach ankreuzen)

einen ersten Antrag / einen Antrag nach einer Ablehnungsentscheidung

- kreuzen Sie dieses Fach an, falls Sie zum erstenmal einen Antrag beim Fedris einreichen lassen oder falls Ihr voriger Antrag für dieselbe Krankheit abgelehnt worden ist. Füllen Sie dann das Formular vollständig aus.
- kreuzen Sie dieses Fach an, falls Sie schon eine Akte bei Fedris haben und eine Entschädigung beziehen, aber einen neuen Erstantrag für eine andere Krankheit einreichen möchten. Füllen Sie auch dann das Formular vollständig aus.

einen Antrag auf erneute Überprüfung einer bereits anerkannten Berufskrankheit

- kreuzen Sie dieses Fach an, falls Sie einen Antrag auf Neufestlegung der von Ihnen bereits bezogenen Entschädigung einreichen. Füllen Sie dann immer die Fächer 6 en 8 aus.

FACH 3 Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse oder Aufkleber

Kleben Sie hier einen Aufkleber Ihrer Krankenkasse, oder tragen Sie folgende Angaben ein:

Name Ihrer Krankenkasse:

Die Krankenkassennummer:

Ihre Einschreibungsnummer:

FACH 6		Soziallage	
6.1 Haben Sie Ihr Amt weiter ausgeübt nach dem Anfangsdatum Ihrer Arbeitsunfähigkeit/Invalidität?		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	
6.2 Haben Sie, nach Niederlegung Ihres Amtes, ein Ruhegehalt vom öffentlichen Sektor bezogen?		(antworten Sie mit Ja oder Nein und füllen Sie ggf. das Anfangsdatum aus) ab dem __ / __ / ____	
6.3 Haben Sie ein Ruhegehalt zu Lasten des öffentlichen Sektors beantragt?		(antworten Sie mit Ja oder Nein) (wenn Ja, füllen Sie das vermutliche Anfangsdatum aus) ab dem __ / __ / ____	
6.4 Bekommen Sie eine der folgenden Leistungen:		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(füllen Sie die Periode oder das Anfangsdatum aus)
- Krankheit oder Invalidität (Krankenkasse oder andere Anstalten)		.....	Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____
- Berufskrankheit, die von einer anderen Anstalt als Fedris entschädigt wird		.....	ab dem __ / __ / ____
- Unterbrechung der beruflichen Laufbahn - vollständig - partiell		..... .....	ab dem __ / __ / ____ ab dem __ / __ / ____
- Verringerung der Arbeitsleistungen		.....	ab dem __ / __ / ____
- Erstattung wegen Teilzeitausscheiden		.....	ab dem __ / __ / ____
- Arbeitsunfall		.....	ab dem __ / __ / ____
- Arbeitslosigkeit		.....	ab dem __ / __ / ____
6.5 Sind Sie in Disponibilität gesetzt worden?		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(füllen Sie die Periode oder das Anfangsdatum aus) Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____
FACH 7		Auszufüllen falls Sie TEILZEITIG bei mehr als einem Arbeitgeber arbeiten	
Name und Anschrift der Arbeitgeber		1. 2.	
Auskünfte über Arbeitgeber Nr. 1			
Seit wann arbeiten Sie teilzeitig bei diesem Arbeitgeber?		__ / __ / ____	
Arbeitstage und Arbeitszeit bei diesem Arbeitgeber		..... ..... .....
Beruf		.....

Auskünfte über Arbeitgeber Nr. 2

Seit wann arbeiten Sie teilzeitig bei diesem Arbeitgeber? ___ / ___ / _____

Arbeitstage und Arbeitszeit bei diesem Arbeitgeber

Beruf

FACH 8

Ausbildung

Kreuzen Sie den höchsten Studiengang an, den Sie durchlaufen haben, und erwähnen Sie das Jahr, in dem Sie Ihr Diplom oder Zeugnis erhalten haben.

- Volksschule beendet im Jahre _____
- Unterstufe des Sekundarunterrichts beendet im Jahre _____
- Oberstufe des Sekundarunterrichts beendet im Jahre _____
- Hochschulunterricht (technischer, nichtuniversitärer oder Universitätsunterricht) beendet im Jahre _____

Weitere Ausbildung

- Abendkurse, beendet im Jahre _____
Wenn ja, welche Richtung?
- Andere Ausbildung, beendet im Jahre _____
Wenn ja, welche?

FACH 9

Erklärung des Antragstellers

Ich Unterzeichneter beantrage Schadenersatz aufgrund einer Berufskrankheit.

Ich bestätige auf Ehre, daß diese Erklärung richtig und vollständig ist.

Ich füge diesem Antrag ein vom Arzt ausgefülltes Formular 603D bei.

Aufgestellt in

___ / ___ / _____

(Datum)

.....
(Unterschrift)

Das Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Personendatenschutz ist anwendbar auf die Bearbeitung der anhand der beigefügten Formulare eingeholten Daten. Diese Daten werden aufgrund der Gesetzgebung über Berufskrankheiten eingeholt. Sie werden von Fedris, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brüssel unter seiner Verantwortung für die Anwendung der Sozialgesetzgebung, insbesondere für Schadenersatzzwecke bei Berufskrankheiten, bearbeitet. Wenn Sie wissen möchten, welche Daten über Sie gespeichert worden sind, oder wenn Sie diese Daten verbessern möchten, können Sie sich schriftlich an die Datenerfassungsstelle von Fedris wenden.

Rubrik B	FÄCHER VON DER BEHÖRDE AUSZUFÜLLEN
-----------------	---

FACH 1	Identität des Antragstellers/der Antragstellerin (bitte in Blockschrift ausfüllen)
Name <i>(für Frauen: der Mädchenname)</i>	
Vorname <i>(offizieller Vorname)</i>	
Straße und Hausnummer	
	Nr. Briefkasten
Gemeinde und Postleitzahl <i>(für Brüssel die Teilgemeinde erwähnen)</i>	
	Postleitzahl
Geburtsdatum <i>(Tag, Monat, Jahr)</i>	

FACH 2	Benamung der Behörde (bitte in Blockschrift ausfüllen)
Richtiger Name:	..... ..... .....
Anschrift:	..... .....
Zuständige Behörde:	.....
Sachbearbeiter:	.....
.....	/

FACH 3	Angaben über das Statut
Welchem Sozialversicherungssystem hat sich die Behörde angeschlossen?	
Mitgliedsnummer der Behörde bei dem obenerwähnten Sozialversicherungssystem	
Beziehung Personalmitglied/Behörde ¹	
Werden für dieses Personalmitglied Sozialabgaben gezahlt?	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>
Wenn ja, bei welchem Sozialversicherungssystem?	
Gehört das Personalmitglied zur Lehrerschaft?	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>
Wenn ja:	
1. Bezieht der Betreffende eine Gehaltszulage vom Staat?	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>
2. Ist der Betreffende in einer Bildungsanstalt tätig, die den Bestimmungen des Gesetzes vom 29.Mai 1959 unterliegt? ²	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>

¹ **Bitte angeben** : Festernannt, Arbeitsvertrag für Arbeiter, Angestellte, Jobstudenten, usw...
Falls Spezialstatut, bitte erläutern : Praktikant RVA (Nationalamt für Arbeitsbeschaffung), beschäftigte Arbeitslose, Beschäftigte im besonderen zeitlich befristeten Rahmen (BTK/CTS), subventionierte Konventionalbeschäftigte, Beschäftigte im dritten Arbeitskreis (DAC/TCT), Beschäftigte interdepartementaler Haushaltsfonds, usw ...

² Es geht hier um das Gesetz vom 29.Mai 1959 zur Änderung einiger Bestimmungen der Unterrichtsgesetzgebung.

FACH 4		Angaben über die Beschäftigung des Personalmitglieds	
FACH 4.1		Beschäftigungszeitraum bzw. -zeiträume	
Datum Dienstantritt	Datum Dienstaustritt	Gründe für Dienstaustritt	Beschreibung der Berufstätigkeit
FACH 4.2		Zeitraum/Zeiträume mit Arbeitsunterbrechung	
Anfangsdatum	Enddatum	Grund	
FACH 4.3		Arbeitsleistungen	
Wieviele Arbeitstage und -stunden umfaßt eine vollzeitige Arbeitsleistung?			
- Zahl der Arbeitstage pro Woche		.....
- Zahl der Arbeitsstunden pro Woche		.....
Hat das Personalmitglied immer vollzeitig gearbeitet?		<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	
		
Wenn nein,			
- in welchen Zeiträumen war das Personalmitglied teilzeitig arbeitstätig?		1) vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
		2) vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
		3) vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
- wieviele Arbeitsstunden pro Woche hat das Personalmitglied in diesen Perioden geleistet?		1)	
		2)	
		3)	
FACH 5		Mögliche Bemerkungen der Behörde	
.....			
.....			
.....			
FACH 6		Erklärung der Behörde	
Ich Unterzeichnete(r) handelnd im Namen der Behörde wobei der Antragsteller/die Antragstellerin beschäftigt ist/war, erkläre hiermit am __ / __ / ____ der Antrag auf Entschädigung im Falle einer Berufskrankheit von dem Antragsteller/der Antragstellerin, entsprechend den Bestimmungen des Artikels 10 Absatz 1 des K.E. vom 21 Januar 1993, empfangen zu haben.			

Stempel der Behörde

Für wahrheitsgemäß und richtig erklärt

Datum: __ / __ / ____

Unterschrift (Name und Amt)