



AANVRAAGFORMULIER VOOR DE UITKERING MANTELZORG

Aan ons terug te sturen met een aangetekende brief of af te geven ter
plaats op ons kantoor.

1. DE AANVRAGER (DE MANTELZORGER¹)

Ik ondergetekende,

Naam.....Voornaam.....

vraag de uitkering mantelzorg aan.

Rijksregisternummer:

Als u uw rijksregisternummer niet kent:

Geboortedatum:

Postcode:

2. DE VERZORGDE PERSOON

a) Naam van de verzorgde persoon:

Voornaam:

b) Geboortedatum:

c) Bestaat er een band van verwantschap met u? NEEN JA

Indien ja, kies in de lijst hieronder om wie het gaat:

uw kind of het kind van uw echtgenoot/echtgenote,

uw vader of moeder,

uw grootvader of grootmoeder,

uw grootvader or grootmoeder van uw echtgenoot/echtgenote,

uw broer of zus (met inbegrip van uw halfbroer of halfzus),

uw schoonbroer of schoonzus,

uw kleinkind of het kleinkind van uw echtgenoot/echtgenote,

de echtgenoot/echtgenote van uw kleinkind of van het kleinkind van uw
echtgenoot/echtgenote,

¹ De mantelzorger : hij/zij die zorg verleent

- uw schoonzoon of schoondochter (dit is de echtgenoot/echtgenote van uw kind, of van het kind van uw echtgenoot/echtgenote),
- uw schoonvader of schoonmoeder (dit is de vader of de moeder van uw echtgenoot/echtgenote),
- andere (verduidelijk):
- d) Gaat het om uw echtgenoot/echtgenote of uw wettelijk samenwonende partner?
- NEEN JA
- e) Gaat het om een andere persoon die op uw adres woont?
- NEEN JA
- f) Andere (verduidelijk):
OPGELET! Als hiervoor geen enkele band wordt verduidelijkt, zal uw aanvraag worden geweigerd.

3. AARD VAN DE MANTELZORG

U vraagt een uitkering mantelzorg want u gaat uw zelfstandige activiteit onderbreken om zorg te verlenen aan een persoon. Door deze aanvraag erkent u dat u zult voorzien in het effectief, doorlopend en regelmatig geven van deze zorgen.

Verduidelijk over welk soort zorgen het gaat (kruis het juiste vakje aan):

- Zorgen in geval van ernstige ziekte**, dit wil zeggen elke ziekte of medische ingreep die door de behandelde arts als dusdanig wordt beschouwd en waarbij de arts oordeelt dat elke vorm van sociale, familiale of emotionele bijstand of verzorging door de zelfstandige noodzakelijk is voor het herstel van de zieke.
- In dit geval dient u het bijgevoegde medisch attest verplicht te laten invullen door de arts van de zieke persoon (bijlage 2).***
- Palliatieve zorgen**, dit wil zeggen elke vorm van bijstand en in het bijzonder medische, sociale, administratieve en psychologische bijstand en verzorging van een persoon die lijdt aan een ongeneeslijke ziekte en die zich in een terminale fase bevindt en waarbij de arts oordeelt dat elke vorm van bijstand of verzorging door de zelfstandige noodzakelijk is.
- In dit geval dient u het bijgevoegde medisch attest verplicht te laten invullen door de arts van de zieke persoon (bijlage 2).***
- Zorgen aan uw kind jonger dan 25 jaar** dat voor **ten minste 66%** getroffen is door een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid of een aandoening die tot gevolg heeft dat **ten minste 4 punten** toegekend worden in pijler van de medisch-sociale schaal in de zin van de regelgeving betreffende de kinderbijslag. Vanaf de leeftijd van 21 jaar dient hij enkel een **integratietegemoetkoming** in de zin van de regelgeving betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap te genieten.
- In dit geval dient u zelf geen medisch attest voor te leggen. Uw sociaal verzekeringsfonds zal de noodzakelijke controles doen bij de FOD Sociale Zekerheid, Directie-generaal Personen met een handicap van uw kind (minstens 66% of die hem een integratietegemoetkoming toekent tijdens de periode van onderbreking van uw activiteit.***

OPGELET! Er zal geen betaling van de uitkering kunnen plaatsvinden indien de periode niet gedekt is door een medisch attest of het sociaal verzekeringsfonds de gegevens van het gehandicapt kind niet heeft kunnen controleren bij de hier vernoemde FOD Sociale Zekerheid, Directie-generaal Personen met een handicap.

4. GEGEVENS BETREFFENDE DE ONDERBREKING VAN UW ACTIVITEIT

Het gaat om een **tijdelijke onderbreking van de activiteit die geen aanleiding moet geven tot een officiële stopzetting** van uw zelfstandige activiteit, die blijft bestaan en zichtbaar blijft bij de Kruispuntbank voor Ondernemingen (KBO).

g) U gaat uw activiteit onderbreken of verminderen

- Van / / tot / / (schatting).

h) U bent van plan uw activiteit te onderbreken voor een periode van (kruis het juiste vakje aan):

1 maand 2 maanden 3 maanden 4 maanden 5 maanden 6 maanden

U zult uw onderbreking kunnen verlengen met een of meerdere nieuwe aanvraag/aanvragen, maar de totale periode zal echter niet langer mogen zijn dan 12 maanden over uw volledige loonbaan als zelfstandige.

i) Gaat u een zelfstandige activiteit verderzetten tijdens uw tijdelijke onderbreking (kruis het juiste vakje aan):

NEEN, de tijdelijke onderbreking van mijn zelfstandige activiteit zal volledig zijn.

JA, de tijdelijke onderbreking van mijn zelfstandige activiteit zal gedeeltelijk zijn.

Geelieve in dat geval de hierbij gevoegde verklaring op eer in te vullen en te ondertekenen (bijlage 2).

OPGELET! De uitkering zal niet kunnen betaald worden zolang deze verklaring op eer niet werd ingevuld en aan het sociaal verzekeringsfonds werd bezorgd.

j) Oefent u een andere, niet-zelfstandige beroepsactiviteit uit (werknemer, ambtenaar, leerkracht, enz. (kruis het juiste vakje aan)

NEEN

JA, en ik ga de uitoefening van deze niet-zelfstandige activiteit verderzetten tijdens de periode vermeld in punt g) of verlof nemen (met inbegrip van verlof zonder wedde).

JA, en ik ga deze niet-zelfstandige activiteit eveneens onderbreken tijdens de periode vermeld in punt g) of gedurende een gedeelte van deze periode.

In dit geval, behalve indien de aanvraag een gehandicapt kind van ten minste 21 jaar en jonger dan 25 jaar betreft, dient u voorafgaand aan deze aanvraag, en indien het nog niet reeds gebeurd is, een aanvraag tot het bekomen van een onderbrekingsuitkering in te dienen bij de Rijkdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA), eventueel via uw werkgever (zie op de website van de RVA www.rva.be, het aanvraagformulier C61 dat van toepassing is 01.01.2015 in de sector van uw activiteit). Als er reeds een dergelijke aanvraag werd gedaan, voeg hierbij dan een kopie va de beslissing van de RVA.

Andere:

OPGELET! Er zal geen betaling van de uitkering kunnen plaatsvinden als u in gelijkaardige omstandigheden (ernstige ziekte, palliatieve zorgen of ouderschapsverlof voor een gehandicapt kind), tijdskrediet of loopbaanonderbreking van de RVA kan genieten op straffe van terugbetaling in geval van onverschuldigde betaling.

k) Geniet u tijdens de periode van onderbreking van uw zelfstandige activiteit (*kruis desgevallend het juiste vakje aan*):

een pensioen (*vermeld de benaming van het pensioen en de instelling die deze uitbetaalt*):
.....

een andere uitkering (*vermeld de benaming van de uitkering en de instelling die deze uitbetaalt*):
.....

5. GEGEVENS BETREFFENDE DE BETALING VAN DE UITKERING

Vermeld het IBAN-rekeningnummer waarop de betaling van de uitkering moet worden

uitgevoerd: **BE** □□.□□□.□□□□.□□□□.□□

Op naam van:

6. HANDTEKENING VAN DE AANVRAGER (= MANTELZORGER)

Ik ondergetekende,,
verklaar dat alle gegevens in dit formulier juist zijn.

Ik verbind mij ertoe om elke wijziging van deze gegevens onmiddellijk schriftelijk mee te delen.

In geval van overlijden van de zieke persoon of van hervatting van mijn beroepsactiviteit,
verbind ik mij ertoe om mijn sociaal verzekeringsfonds onmiddellijk schriftelijk in te lichten.

Datum : / /

Handtekening van de aanvrager:

BIJLAGE 1: VERKLARING OP EER IN TE VULLEN IN GEVAL VAN GEDEELTELIJKE ONDERBREKING

VERKLARING OP EER

Ik ondergetekende,,
verklaar op eer dat ik mijn zelfstandige activiteit gedeeltelijk zal onderbreken.

Ik verklaar op eer dat het volume van mijn zelfstandige activiteit met **minstens de helft** zal verminderen ten aanzien van het volume van mijn zelfstandige activiteit in normale omstandigheden.

Ik verklaar op eer dat ik mijn activiteit op de volgende manier zal verminderen (*kruis desgevallend het juiste vakje aan verduidelijk*):

- Een vervanger zal mij helpen bij de uitoefening van mijn activiteit.
Naam:
- Ik zal worden geholpen door mijn familie of vrienden.
Naam/Namen:
- Ik zal mijn onderneming op bepaalde dagen van de week sluiten.
Bijkomende sluitingsdag(en):
- Ik zal op minder vragen/afspraken/verbintenissen reageren.
.....
- Ik zal een specifieke activiteit of een specifieke activiteitensector stoppen.
.....
- Andere, te verduidelijken:
.....

DATUM: / /

Handtekening van de aanvrager:

**BIJLAGE 2: MEDISCH ATTEST OM TE LATEN INVULLEN IN GEVAL VAN ZORGEN IN
GEVAL VAN ERNSTIGE ZIEKTE OF PALLIATIVE ZORGEN**

MEDISCH ATTEST

Het effectief, doorlopend en regelmatig geven van zorgen aan mijn patiënt, door de
hierna genoemde zelfstandige,

.....,

is noodzakelijk voor mijn patiënt.

Ik heb vastgesteld dat mijn patiënt lijdt aan:

een ernstige ziekte

een ongeneeslijke ziekte in een terminale fase

DATUM: / /

Handtekening en stempel van de behandelende arts: