



AANVRAAGFORMULIER VOOR DE UITKERING MANTELZORG

I. Gegevens betreffende de aanvrager (de mantelzorger)

Ik ondergetekende, (NAAM + Voornaam vermelden)
..... ,
vraag de uitkering mantelzorg aan.

Rijksregisternummer :
Als u uw rijksregisternummer niet kent :

Geboortedatum :
Postcode :

II. Gegevens betreffende 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,
- de grootvader of 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,
- 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),
- uw stiefvader of stiefmoeder (dit is de echtgenoot/echtgenote van uw vader of van uw moeder),
- 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) :

.....



Als hiervoor geen enkele band wordt verduidelijkt, zal uw aanvraag worden geweigerd.

III. Gegevens betreffende de aard van de mantelzorg

U vraagt een uitkering mantelzorg want u gaat uw zelfstandige activiteit onderbreken om zorgen te geven 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 (duid het juiste bolletje aan) :

- Zorgen in geval van ernstige ziekte**, dit wil zeggen elke ziekte of medische ingreep die door de behandelende 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 dat geval moet u het bijgevoegde medisch attest verplicht laten invullen door de arts van de zieke persoon (bijlage 2).

- Palliatieve zorgen**, dit wil zeggen elke vorm van bijstand en inzonderheid medische, sociale, administratieve en psychologische bijstand en verzorging van personen die lijden aan een ongeneeslijke ziekte en die zich in een terminale fase bevinden en waarbij de arts oordeelt dat elke vorm van bijstand of verzorging door de zelfstandige noodzakelijk is.

☞ In dat geval moet u het bijgevoegde medisch attest verplicht 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 I 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 enkel medisch attest voor te leggen. Uw sociaal verzekeringsfonds zal de noodzakelijke controles doen bij de FOD Sociale Zekerheid, Directie-generaal Personen met een handicap, die de handicap van uw kind (minstens 66% of minstens 4 punten) erkent of die hem een integratietegemoetkoming toekent tijdens de periode van onderbreking van uw activiteit.



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.

IV. 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:

(duid het juiste bolletje aan)

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 maand | <input type="radio"/> 4 maanden |
| <input type="radio"/> 2 maanden | <input type="radio"/> 5 maanden |
| <input type="radio"/> 3 maanden | <input type="radio"/> 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 loopbaan als zelfstandige.

i) Gaat u een zelfstandige activiteit verderzetten tijdens uw tijdelijke onderbreking?

(duid het juiste bolletje aan)

- NEEN, de tijdelijke onderbreking van mijn zelfstandige activiteit zal **volledig** zijn.
- JA, de tijdelijke onderbreking van mijn zelfstandige activiteit zal **gedeeltelijk** zijn. Gelieve in dat geval de hierbij gevoegde **verklaring op eer** in te vullen en te ondertekenen (bijlage 2).



De betaling van de uitkering zal niet kunnen beginnen 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.)? (duid het juiste bolletje 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 Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA), eventueel via uw werkgever (zie op de website van de RVA www.rva.be, het aanvraagformulier **C61** dat van toepassing is op 01.01.2015 in de sector van uw activiteit). Als er reeds een dergelijke aanvraag werd gedaan, voeg hierbij dan een kopie van de beslissing van de RVA.

- Andere:



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 (*duid desgevallend het juiste bolletje 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) :
-

V. Gegevens betreffende de betaling van de uitkering

Vermeld het IBAN-rekeningnummer waarop de betaling van de uitkering moet worden uitgevoerd : BE -- / ---- / ---- / ---- /

Op naam van :

VI. Handtekening van de aanvrager (de mantelzorger)

Ik ondergetekende,

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 (*duid desgevallend het juiste bolletje aan en 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 palliatieve 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