

AANVRAAG VAN EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier vult u **volledig** in:

1) als u opnieuw aan het werk wilt tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

Het gaat om een (gedeeltelijke) hervatting van

- de beroepsactiviteit die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid
- een nieuwe beroepsactiviteit
- een activiteit als zelfstandige
- iedere andere (on)bezoldigde activiteit die verenigbaar is met uw algemene gezondheidstoestand.

2) als u de aangegeven voorwaarden voor de uitoefening van uw activiteit wilt wijzigen in uw bestaande toelating om te werken tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

In het geval van een wijziging van de bestaande erkenning hoeft u slechts een deel van dit formulier in te vullen als u, zonder enige wijziging van de aangegeven voorwaarden voor de uitoefening van uw activiteit, uw bestaande toelating om te werken wilt verlengen tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

Aan wie moet u dit formulier bezorgen?

Dit formulier bestaat uit twee rubrieken (een administratieve en een medische rubriek). U vult beiden in en bezorgt ze tegelijkertijd aan uw ziekenfonds of de gewestelijke dienst van de Hulpkas voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering.

Wanneer moet u dit formulier bezorgen?

U moet dit formulier **ten laatste verzenden op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de werkhervatting.**

Uitzondering:

Als u na de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid een activiteit voortzet:

- in de sport- en de socioculturele sector (via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit "artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969" (vrijstelling van RSZ-bijdragen))
- in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via een persoonlijk assistentiebudget (PAB) of een persoonsvolgend budget (PVB) en dit in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, moet u dit formulier verzenden binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid.

Indien u niet tijdig meldt dat u opnieuw het werk hebt hervat, kan uw arbeidsongeschiktheidsuitkering worden **verminderd met 10 pct. of zelfs geweigerd worden** (in toepassing van de cumulregel met het beroepsinkomen uit de aangepaste activiteit).



1. Kruis aan of het gaat om een (beroeps)activiteit

m **Arbeider**

- A) bij dezelfde werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)
- B) bij een andere werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)
- C) in een onderneming buiten het gewone arbeidscircuit (maatwerkbedrijf)

m **Bediende**

- A) bij dezelfde werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)
- B) bij een andere werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)
- C) in een onderneming buiten het gewone arbeidscircuit (maatwerkbedrijf)

m **Zelfstandige**

m **Onthaalouder** (aangesloten bij een erkende dienst en niet via een arbeidsovereenkomst gesloten met deze dienst)

m Als **werknemer** werkzaam in de sport- en de socioculturele sector (via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit "artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969" – vrijstelling van RSZ-bijdragen)

- A) de activiteit is een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd
- B) de activiteit is geen voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd

m In het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via een **persoonlijk assistentiebudget (PAB)** of een **persoonsvolgend budget (PVB)**:

- A) de activiteit is een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd
- B) de activiteit is geen voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd

m **Iedere andere activiteit**

- bezoldigde activiteit
- onbezoldigde activiteit

2. Welke taken gaat u uitoefenen? Beschrijf alle werkzaamheden/taken die u zal verrichten afzonderlijk en zo concreet mogelijk.

.....

.....

.....

.....

3. Geef aan op welke dagen u gaat werken en hoeveel uren:

VÓÓR MIJN ONGESCHIKTHEID

q Oefende ik een activiteit uit als met een uurrooster van u/week.

q Oefende ik geen beroepsactiviteit uit. NU:

NU:

q Werk ik in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster).

Aantal uren per week:

q Werk ik in een vast uurrooster (vul eveneens onderstaand uurrooster in). Indien de dagen en uren elke week hetzelfde zijn, dient u slechts 1 week in te vullen (1^{ste} rij van de onderstaande tabel).

Aantal uren per week:

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Week 1	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot
Week 2	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot
Week 3	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot
Week 4	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot	Van Tot

Gelieve elke andere informatie die beschikbaar is met betrekking tot het uurrooster te vermelden.

.....
.....
.....
.....

4. Vul onderstaande gegevens aan

Naam van uw werkgever of organisatie:

.....

Adres:

.....

Tel.:

Indien u over deze gegevens beschikt:

- De gegevens van uw behandelende arts (naam, adres, telefoon):

.....

.....

- De gegevens van de preventieadviseur-arbeidsarts:

.....

.....

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt.

Datum: / /

Handtekening: