



# Aanvraag voor uitkering mantelzorg

Je kan een aanvraag voor uitkeringen indienen door het bijgevoegde aanvraagformulier in te vullen en het ingevuld terug te sturen, via een aangetekende brief of door neerlegging van een verzoekschrift, als je je in de volgende situatie bevindt:

- 1 je bent een zelfstandige en;
- 2 je hebt sociale bijdragen voor zelfstandigen in hoofdberoep betaald bij het sociaal verzekeringsfonds, tijdens de twee kwartalen die het kwartaal van het begin van je onderbreking voorafgaan, en;
- 3 je wil je zelfstandige activiteit onderbreken of verminderen met minstens 50% om zorgen te geven aan:
  - je echtgenoot/wettelijk samenwonende partner die of een familielid of een gezinslid dat lijdt aan een ernstige ziekte of zich op het einde van zijn leven bevindt ten gevolge van een ongeneeslijke ziekte (palliatieve zorgen) of;
  - je kind jonger dan 25 jaar dat gehandicapt is

Het bedrag van de uitkering is gelijk aan 1.606,15 euro/maand in geval van volledige onderbreking van je activiteit (100%). Het bedrag wordt met de helft verminderd (803,08 euro/maand) in geval van vermindering van je activiteit met minstens de helft ; men spreekt dan van een gedeeltelijke onderbreking.

Je kan je activiteit volledig of gedeeltelijk onderbreken, voor minstens 1 maand (behalve in geval van overlijden van de persoon voor het einde van de maand) en voor maximum 6 maanden per aanvraag. Je kan vragen om je activiteit meerdere keren in de loop van je loopbaan te onderbreken, maar je kan slechts voor een maximumperiode van 12 maanden in totaal de uitkering bekomen.

Als je 3 opeenvolgende maanden een volledige uitkering bekomt, kan je in bepaalde gevallen eveneens een vrijstelling voor de betaling van de sociale bijdrage bekomen van het kwartaal waarin de 3de maand uitkering ligt. In de veronderstelling dat je 3 bijkomende maanden bekomt, kan je opnieuw een vrijstelling bekomen voor een bijkomend kwartaal, met een maximum van 4 kwartalen over je volledige loopbaan.

Elk kwartaal van vrijstelling wordt gelijkgesteld met een kwartaal activiteit inzake pensioen en waarborgt bijgevolg rechten inzake pensioen en het behoud van rechten in de andere sectoren ziekte- en invaliditeitsverzekering (sector gezondheidszorgen en arbeidsongeschiktheid), moederschapsverzekering, moederschapshulp, Groeipakket en overbruggingsrecht).

De aanvraag voor de uitkering mantelzorg geldt eveneens als aanvraag voor vrijstelling en gelijkstelling. Je mogelijkheid om de vrijstelling en de gelijkstelling te bekomen zal automatisch onderzocht worden.

# Aanvraagformulier uitkering mantelzorg

## 1 Gegevens betreffende de aanvrager (de mantelzorger)

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

Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_

Als je je rijksregisternummer niet kent:

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_

## 2 Gegevens betreffende de verzorgde persoon

A) Naam van de verzorgde persoon \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_

B) Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_

Als je het rijksregisternummer niet kent:

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_

C) Bestaat er een band van verwantschap met jou?

Neen  Ja

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

je kind of het kind van je echtgenoot/echtgenote,

je vader of moeder,

je grootvader of grootmoeder,

de grootvader of grootmoeder van je echtgenoot/echtgenote,

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

je schoonbroer of schoonzus,

je kleinkind of het kleinkind van je echtgenoot/echtgenote,

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

je schoonzoon of schoondochter (dit is de echtgenoot/echtgenote van je kind, of van het kind van je echtgenoot/echtgenote),

je schoonvader of schoonmoeder (dit is de vader of de moeder van je echtgenoot/echtgenote),

je stiefvader of stiefmoeder (dit is de echtgenoot/echtgenote van je vader of van je moeder),

andere (verduidelijk) \_\_\_\_\_

D) Gaat het om je echtgenoot/echtgenote of uw wettelijk samenwonende partner:

Neen  Ja

E) Gaat het om een andere persoon die op jouw adres woont:

Neen  Ja

F) Andere (verduidelijk): \_\_\_\_\_

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

### 3 Gegevens betreffende de aard van de mantelzorg

Je vraagt een uitkering mantelzorg want je gaat je zelfstandige activiteit onderbreken om zorgen te geven aan een persoon.

Door deze aanvraag erken je dat je zal voorzien in het effectief, doorlopend en regelmatig geven van deze zorgen.

Verduidelijk over welk soort zorgen het gaat (duid het juiste vakje 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 je 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 je het bijgevoegde medisch attest verplicht laten invullen door de arts van de zieke persoon (bijlage 2).

- Zorgen aan je 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. Bezorg ons hiervan een bewijs.

Voor personen met een handicap ouder dan 25 jaar volstaat een medisch attest dat je laat invullen door de behandelende arts. Je vindt dit als bijlage 2 bij dit formulier.

*Er zal geen betaling van de uitkering kunnen plaatsvinden indien de periode niet gedekt is door het bijgevoegde 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 je activiteit

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

G) Je gaat je activiteit onderbreken of verminderen:

Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ (schatting begin- en einddatum)

H) Je bent van plan je activiteit te onderbreken voor een periode van: (duid het juiste bolletje aan)

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 maand   | <input type="checkbox"/> 4 maanden |
| <input type="checkbox"/> 2 maanden | <input type="checkbox"/> 5 maanden |
| <input type="checkbox"/> 3 maanden | <input type="checkbox"/> 6 maanden |

Je zal je onderbreking kunnen verlengen met een of meerdere nieuwe aanvraag/aanvragen, maar de totale periode zal niet langer mogen zijn dan 12 maanden over je volledige loopbaan als zelfstandige.

I) Ga je een zelfstandige activiteit verderzetten tijdens je 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 1).

*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) Oefen je 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, dien je 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 je werkgever (zie op de website van de RVA [www.rva.be](http://www.rva.be), het aanvraagformulier C61 dat van toepassing is op 01.01.2015 in de sector van jouw 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 je 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) Krijg je tijdens de periode van onderbreking van je zelfstandige activiteit (duid 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 (de 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

Verklaring op eer in te vullen in geval van gedeeltelijke onderbreking

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

Medisch attest om te laten invullen in geval van zorgen in geval van ernstige ziekte of palliatieve zorgen

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:

- een ernstige ziekte heeft
- een ongeneeslijke ziekte heeft in een terminale fase
- een geestelijke of lichamelijke handicap heeft van minstens 66%

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening en stempel van de behandelende arts