



Anerkennung als nahestehende Hilfsperson

Eidesstattliche Erklärung¹

1. Angaben zum Antragsteller

Allgemeine Angaben

Name:

Vorname:

Nationalregisternummer²:

Kontaktdaten

Straße: Nr..... PF.....

PLZ: Ort:

Land:

E-Mail:

2. Angaben der betreuten Person

Allgemeine Informationen (oder kleben Sie hier einen Aufkleber der Krankenkasse auf)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr):

Nationalregisternummer²:

Versicherungsträger (Krankenkasse):

Registrierungsnummer bei diesem Versicherungsträger:

Kontaktdaten

Straße: Nr..... PF.....

PLZ: Ort:

Land:

E-Mail:

¹ Senden Sie diesen Antrag zusammen mit den Anlagen per Post an **HKIV Versicherbarkeit – Troonstraat 30A, 1000 Brüssel.**

² Haben Sie keine Nationalregisternummer, geben Sie bitte die Erkennungsnummer der natürlichen Person an, die nicht im Nationalregister eingetragen ist.

Fragebogen

3. Art der Anerkennung

- a) Antrag auf allgemeine Anerkennung als nahestehende Hilfsperson³ Ja / Nein
- b) Antrag auf Anerkennung für die Gewährung sozialer Rechte⁴ Ja / Nein

4. Wohnort der Parteien

- c) Haben Sie einen ständigen Wohnsitz in Belgien? Ja / Nein
- d) Hat die betreute Person ihren tatsächlichen und ständigen Wohnsitz in Belgien? Ja / Nein

5. Ihre Eintragung im Register

Sind Sie eingetragen⁵:

- im Nationalregister?
- im Fremdenregister?
- in keinem dieser Register?

6. Geleistete Betreuung

- a) Leisten Sie die Unterstützung und Betreuung für nichtgewerbliche Zwecke und kostenlos? Ja / Nein
- b) Werden die Unterstützung und Betreuung gemeinsam mit mindestens einer Berufsfachkraft geleistet? Ja / Nein
- c) Berücksichtigen Sie den Lebensentwurf der betreuten Person? Ja / Nein

7. Beziehung

Haben Sie zu der betreuten Person eine Beziehung des Vertrauens, der Nähe, der Zuneigung bzw. eine geographische Beziehung aufgebaut?

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

8. Schutzbedürftigkeit

Nur wenn Sie Frage 3a mit „Ja“ beantwortet haben. Bitte beantworten Sie die folgende Frage. (Anderenfalls weiter mit Frage Nr. 9.)

Ist die betreute Person aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters, Gesundheitszustands oder einer Behinderung schutzbedürftig und in einer Abhängigkeitssituation?

Ja / Nein

³ Normale Anerkennung, symbolisch.

⁴ Anerkennung, die zu einer finanziellen Entschädigung berechtigen kann.

⁵ Kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.

9. Umfang der Betreuung

Nur wenn Sie Frage 3b mit „Ja“ beantwortet haben. Bitte beantworten Sie die Fragen 9–11 unten.

Leisten Sie mindestens 50 Stunden pro Monat Unterstützung und Betreuung für die pflegebedürftige Person und werden Sie mindestens 600 Stunden pro Jahr Unterstützung und Betreuung leisten? Ja / Nein

10. Pflegebedarf

Verfügt die betreute Person über eine Bescheinigung auf Grundlage einer Einstufung der Pflegebedürftigkeit:⁵

- Mit mindestens 35 Punkten der BEL-Pflegestufe
- Mit mindestens 13 Punkten im BelRAI-Screener oder 6 Punkten aus der Summe der IADL- und ADL-Module des BelRAI-Screeners
- Von mindestens 15 der AVQ/CPS-Einstufung
- Pauschale B oder C der KATZ-Einstufung
- Erfüllt die Person mindestens eine der medizinischen Voraussetzungen für einen Anspruch auf die (pauschale) Beihilfe für chronische Erkrankungen?

Haben Sie eine oder mehrere Kategorien angekreuzt, legen Sie diesem Antrag bitte eine Kopie der entsprechenden Bescheinigungen bei.

11. Erklärung der betreuten Person

Erklärt die betreute Person, dass sie sich in einer der folgenden Abhängigkeitssituationen befindet? **Kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an** und fügen Sie die entsprechende Bescheinigung zu dieser eidesstattlichen Erklärung bei.

- Der **Grad der Selbstständigkeit** wurde gemäß dem Ministeriellen Erlass vom 30. Juli 1987 zur Festlegung der Kategorien und des Leitfadens für die Beurteilung des Selbstständigkeitsgrades im Hinblick auf die Untersuchung des Anrechts auf die Eingliederungsbeihilfe auf mindestens 12 Punkte festgelegt. Diese Einstufung erfolgt durch die Generaldirektion Personen mit Behinderung des FÖD Soziale Sicherheit, Medex oder den Vertrauensarzt der Krankenkasse. Eine Untersuchung durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse findet nur statt, wenn keine anderweitige Einschätzung der medizinischen Situation vorgenommen wurde.
- Ein **Grad der fort dauernden Selbstständigkeit** von 12 Punkten oder mehr gemäß dem Ministeriellen Erlass vom 30. Juli 1987 zur Festlegung der Kategorien und des Leitfadens für die Beurteilung des Selbstständigkeitsgrades im Hinblick auf die Untersuchung des Anrechts auf die Eingliederungsbeihilfe.
- Ich habe **Anspruch auf Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens** oder auf Eingliederungsbeihilfe oder Beihilfe zur Unterstützung von Betagten im Sinne des Gesetzes vom 27. Februar 1987 über die Behindertenbeihilfen und mein Grad der Selbstständigkeit wurde auf mindestens 12 Punkte gemäß dem Ministeriellen Erlass vom 30. Juli 1987 zur Festlegung der Kategorien und des Leitfadens für die Beurteilung des Selbstständigkeitsgrades im Hinblick auf die Untersuchung des Anrechts auf die Eingliederungsbeihilfe festgelegt.

Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (VE 600)

- Ich habe **Anspruch auf Beihilfe zur Unterstützung von Betagten** im Sinne des Dekrets vom 24. Juni 2016 bezüglich des flämischen Sozialschutzes und mein Grad der Selbstständigkeit wurde auf mindestens 12 Punkte gemäß dem Erlass der flämischen Regierung vom 14. Oktober 2016 bezüglich der Ausführung des Dekrets vom 24. Juni 2016 bezüglich des flämischen Sozialschutzes festgelegt.
- Ich habe **Anspruch auf eine Unterstützung von Dritten** im Sinne von Artikel 215bis des Königlichen Erlasses vom 3. Juli 1996 zur Ausführung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung und mein Grad der Selbstständigkeit wurde auf mindestens 12 Punkte gemäß dem Ministeriellen Erlass vom 30. Juli 1987 zur Festlegung der Kategorien und des Leitfadens für die Beurteilung des Selbstständigkeitsgrades im Hinblick auf die Untersuchung des Anrechts auf die Eingliederungsbeihilfe festgelegt.
- Ich habe **Anspruch auf die Zulage bei schwerwiegender Behinderung** im Sinne der Artikel 134 und 138 des Gesetzes vom 26. Juni 1992 über soziale und andere Bestimmungen und mein Grad der Selbstständigkeit wurde auf mindestens 12 Punkte gemäß dem Ministeriellen Erlass vom 30. Juli 1987 zur Festlegung der Kategorien und des Leitfadens für die Beurteilung des Selbstständigkeitsgrades im Hinblick auf die Untersuchung des Anrechts auf die Eingliederungsbeihilfe festgelegt.
- Ich nehme Leistungen auf gemeinschaftlicher oder regionaler Ebene in Anspruch auf Grundlage von:
 - o entweder mindestens 35 Punkten der BEL-Pflegestufe im Sinne von Artikel 1 Nr. 5 des Erlasses der flämischen Regierung vom 30. November 2018 bezüglich der Durchführung des Erlasses vom 18. Mai 2018 bezüglich des flämischen Sozialschutzes
 - o oder mindestens 13 Punkten im BelRAI-Screener oder mindestens 6 Punkten aus der Summe der IADL- und ADL-Module des BelRAI-Screeners gemäß oben genanntem Erlass vom 30. November 2018
 - o oder von mindestens 15 der AVQ/CPS-Einstufung in Wallonien und Brüssel im Sinne des Ministeriellen Erlasses vom 30. Juli 1987 zur Festlegung der Kategorien und des Leitfadens für die Beurteilung des Selbstständigkeitsgrades im Hinblick auf die Untersuchung des Anrechts auf die Eingliederungsbeihilfe
 - o oder einer Bescheinigung, aufgrund derer ich Anspruch auf eine Pauschale B oder C nach einer Beurteilung gemäß der KATZ-Einstufung habe.
- Ich erfülle **mindestens eine der medizinischen Voraussetzungen** für einen Anspruch auf die (pauschale) Beihilfe für chronische Erkrankungen.
- Ich bin **jünger als 21 Jahre** und bei der Beurteilung gemäß dem Königlichen Erlass vom 28. März 2003 zur Ausführung der Artikel 47, 56septies und 63 der koordinierten Gesetze über die **Familienbeihilfen für Lohnempfänger** und Artikel 88 des Programmgesetzes (1) vom 24. Dezember 2002 erreichte ich folgende Punktzahl:
 - o mindestens 12 Punkte

Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (VE 600)

- o oder mindestens 6 von 18 Punkten des dritten Pfeilers, der die Auswirkungen der Erkrankung auf das familiäre Umfeld des Kindes misst
- Ich habe **Anspruch auf zusätzliche Familienbeihilfe** auf Grundlage der Artikel 47 § 2, 56septies § 2 und 63 § 2 des Allgemeinen Familienbeihilfengesetzes vom 19. Dezember 1939 und bei der Beurteilung gemäß dem Königlichen Erlass vom 28. März 2003 zur Ausführung der Artikel 47, 56septies und 63 der koordinierten Gesetze über die Familienbeihilfen für Lohnempfänger und Artikel 88 des Programmgesetzes (1) vom 24. Dezember 2002 erreichte ich folgende Punktzahl:
 - o mindestens 12 Punkte
 - o oder mindestens 6 von 18 Punkten des dritten Pfeilers, der die Auswirkungen der Erkrankung auf das familiäre Umfeld des Kindes misst
- Ich habe **Anspruch auf zusätzliche Familienbeihilfe** und bei der Beurteilung gemäß Leitfaden im Anhang des Königlichen Erlasses vom 3. Mai 1991 zur Durchführung der Artikel 47, 56septies und 63 der koordinierten Gesetze über die Familienbeihilfen für Lohnempfänger und Artikel 96 des Gesetzes vom 29. Dezember 1990 über soziale Bestimmungen habe ich mehr als 80 % körperliche oder geistige Unfähigkeit mit 7 bis 9 Punkten für den Grad der Selbstständigkeit erreicht.

Datenschutz

Die Versicherungsträger erheben und verarbeiten personenbezogene Daten. Wir tun dies, um unsere Aufgabe als Krankenkasse erfüllen zu können, Ihre Akte zu verwalten und Sie über unsere Dienstleistungen und Aktivitäten zu informieren. Sie haben das Recht zu erfahren, welche Daten wir über Sie verarbeiten, die Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten zu verlangen und automatisierten Entscheidungen zu widersprechen.

Senden Sie Ihre Anfrage an unseren Datenschutzbeauftragten an unsere Postanschrift oder diese E-Mail-Adresse: dpo@caami-hziv.fgov.be.

Im Rahmen der Verarbeitung der Informationen in dieser eidesstattlichen Erklärung gilt das ausgeübte Recht sowohl für die betreuende als auch die betreute Person.

Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre, dass ich diesen Antrag korrekt und vollständig ausgefüllt habe. Sollte sich meine Situation ändern, bin ich verpflichtet, die Krankenkasse unverzüglich zu informieren.

Ich weiß, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung oder das Unterlassen einer obligatorischen Erklärung oder obligatorischer Angaben zu Geldstrafen, einer Verwaltungsstrafe oder einem Gerichtsverfahren führen kann, unbeschadet einer eventuellen Rückforderung gemäß Artikel 230 bis 236 des Sozialstrafgesetzbuches, und ich verpflichte mich, meine Krankenkasse über jede Änderung zu informieren.

Datum: . . .20

<p>Unterschrift der nahestehenden Hilfsperson:</p>	<p><input type="checkbox"/> Hiermit erkläre ich mich einverstanden,⁶ dass sich die Krankenkasse meiner nahestehenden Hilfsperson gegebenenfalls mit meiner Krankenkasse in Verbindung setzt, um im Rahmen dieser eidesstattlichen Erklärung die notwendigen Schritte zur Feststellung meines Gesundheitszustands und meiner Abhängigkeit einzuleiten.</p> <p>Unterschrift der betreuten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters:</p>
---	--

⁶ Die betreute Person **muss** ihr Einverständnis durch Ankreuzen des Kästchens geben.