



Belgien

Familie

Familienbeihilfen

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Beinahe jedes in Belgien lebende Kind hat bis zu seinem 18. Geburtstag Anspruch auf Kindergeld.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Sie haben Anspruch auf Kindergeld, wenn Sie Arbeitnehmer, Bediensteter des Staats, arbeitslos, invalide oder Rentenbezieher sind.

Für Selbständige ist die Regelung seit dem 1. Juli 2014 an die für unselbständig Beschäftigte geltende angeglichen.

Kindergeld wird bis zum 31. August des Kalenderjahres gewährt, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat. Darüber hinaus und bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres muss es sich im Studium oder in Ausbildung befinden. Zudem muss es in Belgien, in einem EWR-Land oder in einem Land wohnen, mit dem Belgien ein Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat. Ist dies nicht der Fall, sieht die Regelung allgemeine oder einzelne vom Minister gewährte Abweichungen vor.

Zudem muss das Kind mit dem Leistungsempfänger in einem Verwandtschaftsverhältnis (oder einem vergleichbaren Verhältnis z. B. Unterbringung oder Flüchtlingskind etc.) stehen. Ist dies nicht der Fall, sieht die Regelung allgemeine oder einzelne Abweichungen vor.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Familienleistungen für Arbeitnehmer, Bedienstete des Staates und Selbständige umfassen:

- Familienbeihilfen;
- Alterszuschläge;
- Geburtsbeihilfe - Adoptionsbeihilfe;
- den im August zu Schuljahresbeginn gewährten jährlichen Zuschlag.

Arbeitslose, invalide Arbeitnehmer (nach sechs Monaten) und Rentner erhalten bei Bedürftigkeit des Haushalts, in dem die Kinder erzogen werden, erhöhte Familienbeihilfen.

Zudem gibt es bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres einen Zuschlag für Kinder mit Behinderung sowie eine Waisenbeihilfe.

Zusätzlich zum Alterszuschlag und dem jährlichen Zuschlag erhalten Leistungsempfänger von Familienbeihilfen im Rahmen der allgemeinen Leistungen die für Kinder von Arbeitslosen, die seit mehr als sechs Monaten arbeitslos sind, vorgesehene Zulage.

- Diese allgemeinen Familienleistungen müssen bei der Kasse für Familienbeihilfen beantragt werden, der der jeweilige oder der letzte Arbeitgeber (vor der Arbeitslosigkeit oder der Krankheit) des betreffenden Arbeitnehmers angehört, oder, in den meisten Fällen, bei der Föderalen Agentur für Kindergeld (FAMIFED);
- Familienleistungen für Selbständige müssen bei der freien Kasse für Familienbeihilfen

beantragt werden, die dem gleichen Verwaltungskomplex angehört wie die Sozialversicherungskasse, bei der die betreffende Person Mitglied ist.

Für diese beiden Kategorien gelten die folgenden Kindergeldbeträge:

Erstes Kind	92,09 €
Zweites Kind	170,39 €
Drittes und jedes weitere Kind	254,40 €

Familienbeihilfe für Waisen: 353,76 € pro Kind

Alterszulagen für das erste Kind zum Normalsatz, das keinen Sozialzuschlag erhält und keine Erkrankung aufweist

Kinder von 6 bis einschl. 11 Jahren	16,04 €
Kinder von 12 bis einschl. 17 Jahren	24,43 €
Kinder von 18 bis 24 Jahren	28,16 €

Alterszuschlag für die anderen Kinder

Kinder von 6 bis einschl. 11 Jahren	31,99 €
Kinder von 12 bis einschl. 17 Jahren	48,88 €
Kinder von 18 bis 24 Jahren	62,15 €

Die Zuschläge für Kinder von Arbeitslosen von mehr als 6 Monaten, Alleinerziehenden und Rentnern:

Erstes Kind	46,88 €
Zweites Kind	29,06 €
Ab dem 3. Kind	5,10 €
Ab dem 3. Kind in einer Ein-Elternteil-Familie	23,43 €

Die Zuschläge für Kinder von erwerbsunfähigen Arbeitnehmern entsprechen denen in der vorstehenden Tabelle genannten, mit Ausnahme des ersten Kindes, für das sich der Zuschlag auf 100,86 € beläuft.

- Für garantierte Familienleistungen ist der Antrag bei der Föderalen Agentur für Kindergeld (FAMIFED) zu stellen. Folgende Beträge werden gezahlt:

Betrag der garantierten Familienbeihilfen:

	Unter 6 Jahre	6-11Jahre	12-18Jahre	Über 18
Erstes Kind	138,97 €	170,96 €	187,85 €	201,12 €
Zweites Kind	199,45 €	231,44 €	248,33 €	261,60 €
Ab dem 3. Kind	259,50 €	291,49 €	308,38 €	321,65 €
Ab dem 3. Kind in einer Ein-Elternteil-Familie	277,83 €	309,82 €	326,71 €	339,98 €

- Für die zwei Kategorien gelten folgende Geburtsbeihilfebeträge:

Erste Geburt	1 247,58 €
Zweite Geburt	938,66 €

Jedes Kind einer Mehrlingsgeburt 1 247,58 €

Die Adoptionsbeihilfe beläuft sich pro Kind auf: 1 247,58 €

Fachsprache übersetzt

- **FAMIFED:** Föderale Agentur für Kindergeld. Einrichtung für soziale Sicherheit, die für die Verwaltung der Familienleistungen zuständig ist.

•

Gegebenenfalls auszufüllende Formulare

Alle Formulare der Föderalen Agentur für Kindergeld können auf der Website [auf dieser Seite](#) heruntergeladen werden: <http://www.famifed.be/home>.

Geldleistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Im Fall einer Schwangerschaft können Arbeitnehmerinnen, Arbeitslose oder Selbständige Mutterschutz in Anspruch nehmen. Die zu erfüllenden Bedingungen sowie die Dauer des Mutterschutzes und die Höhe der Leistungen sind jedoch von Kategorie zu Kategorie verschieden.

Arbeitnehmer, die Vater oder Co-Elternteil sind, haben Anspruch auf drei bis zehn Tage Vaterschafts- oder Geburtsurlaub.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Um Mutterschutz in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie folgenden administrativen Anforderungen genügen:

- Sie haben eine Wartezeit von sechs Monaten vollendet oder sind von dieser Wartezeit befreit worden;
- Sie haben, wenn Sie Arbeitnehmerin sind, 120 Tage in den 6 Monaten vor Ihrem Mutterschaftsurlaub gearbeitet;
- Sie haben einen Mindestbetrag von Sozialbeiträgen geleistet;
- Es gibt keine Unterbrechung von mehr als 30 Tagen zwischen dem Beginndatum Ihres Mutterschutzes und Ihrem letzten Arbeitstag (oder einem gleichgestellten Tag).

Mit Ausnahme der Wartezeit gelten die gleichen administrativen Anforderungen wie beim Krankengeld im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeit.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Dauer und Zeitraum des Mutterschaftsurlaubs

Wenn Sie **Arbeitnehmerin** sind, dauert der Mutterschaftsurlaub im Prinzip 15 Wochen und umfasst zwei Zeiträume:

- Die **präinatale Ruhe** erstreckt sich über einen Zeitraum von höchstens sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin:
 - Fünf Wochen sind fakultativ und können auf die Zeit nach der Entbindung verschoben werden;
 - Die Ruhewoche unmittelbar vor dem Geburtstermin ist obligatorisch;
- Die **postnatale Ruhe** erstreckt sich über einen Zeitraum von neun Wochen, die mit dem Tag der Entbindung beginnen (oder mit dem Tag nach der Entbindung, wenn die Arbeitnehmerin am Tag der Entbindung zur Arbeit angetreten ist). Die postnatale Ruhe ist obligatorisch.

Wenn Sie **selbständig** sind, dauert der Mutterschaftsurlaub zwölf Wochen (13 Wochen bei Mehrlingsgeburten): Sie sind verpflichtet, mindestens drei Wochen ununterbrochen zu nehmen und zwar die Woche vor der Entbindung und die beiden ersten Wochen nach der Entbindung. Die verbleibenden neun Ruhewochen (zehn Wochen bei Mehrlingsgeburten) sind fakultativ. Während der fakultativen Ruhezeit kann die Selbstständige ihre berufliche Tätigkeit in Teilzeit

ausüben, wobei die fakultative Ruhezeit höchstens 18 Wochen (20 Wochen bei Mehrlingsgeburten) dauern kann.

Mutterschaftsgeld

Die Höhe des Mutterschaftsgeldes hängt von Ihrem Status (Arbeitnehmerin, Arbeitslose oder Selbständige) und Ihrem Einkommen ab.

Wenn Sie **Arbeitnehmerin** sind, beläuft sich Ihr Mutterschaftsgeld auf:

- 82% Ihres Bruttoeinkommens (ohne Bemessungsgrenze) während der ersten 30 Tage;
- 75% des Bruttoeinkommens unter Berücksichtigung einer Höchstgrenze ab dem 31. Tag;
- Maximal: 101,94 € pro Tag seit dem 1. Januar 2017.

Wenn Sie **arbeitslos** sind, beläuft sich die Höhe des Mutterschaftsgeldes am 1. Januar 2017 im Prinzip auf:

- eine Grundentschädigung in Höhe Ihrer Arbeitslosenunterstützung und einen Zuschlag von 19,5% des Bruttoeinkommens in Höhe von 108,05 € (unter Berücksichtigung einer Höchstgrenze) während der ersten 30 ersten Tage;
- eine Grundentschädigung in Höhe Ihrer Arbeitslosenunterstützung und einen Zuschlag von 15% des Bruttoeinkommens (unter Berücksichtigung einer Höchstgrenze) von 101,94 € ab dem 31. Tag.

Wenn Sie **selbständig** sind, erhalten Sie einen wöchentlichen Pauschalbetrag. Die Höhe entspricht dem für den ersten Mutterschaftsurlaubstag geltenden Betrag. Seit dem 1. Januar 2017 beläuft sich die wöchentliche Mutterschaftsleistung auf 458,31 € pro Vollzeiturlaub und 229,15 € für den Mutterschaftsurlaub in Teilzeit.

Das Mutterschaftsgeld erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse. Der Antrag auf Mutterschaftsgeld ist bei Ihrer Krankenkasse unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung zu stellen, die den errechneten Geburtstermin sowie das Beginndatum des Mutterschaftsurlaubs ausweist.

Vaterschafts-oder Geburtsurlaub

Als Vater oder Co-Elternteil haben Sie ab der Entbindung eines Kindes Anspruch auf zehn Tag Urlaub. Sie müssen diesen Urlaub innerhalb der ersten vier Monate nach der Entbindung nehmen. Sie können diese Urlaubstage entweder an einem Stück nehmen oder aber aufsplintern. Ihre Arbeitgeber zahlt Ihnen in den ersten Tagen Ihr komplettes Gehalt. Für die nachfolgenden sieben Tage zahlt Ihre Krankenkasse. Diese Zahlung beläuft sich auf 82% Ihres Bruttoeinkommens (unter Berücksichtigung einer Höchstgrenze von 135,91 €).

Weitere Informationen zu Mutterschafts-, Vaterschafts- oder Geburtsleistungen finden Sie auf der Website [Portal zur sozialen Sicherheit](#).

Auch **Sachleistungen** werden während oder nach der Schwangerschaft gewährt: Injektionen, Betreuung vor und nach der Entbindung, Überwachung und Unterstützung während der Entbindung im Krankenhaus.

Fachsprache übersetzt

- **Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV):** Körperschaft öffentlichen Rechts für die Verwaltung der Bereiche Krankheit, Mutterschaft und Invalidität und Verteilung der finanziellen Mittel auf die verschiedenen Versicherungsträger.
<http://www.inami.fgov.be/fr/Pages/default.aspx>

Gesundheit

Krankheit - Sachleistungen

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Die Gesundheitspflegeversicherung deckt quasi die gesamte Bevölkerung ab: alle gegen Entgelt beschäftigten Arbeitnehmer und diesen gleichgestellte Gruppen, Selbstständige und diesen gleichgestellte Gruppen, andere Kategorien (Studierende, Behinderte, Bezieher des Eingliederungseinkommens etc.) sowie Personen, die einen Unterhaltsanspruch gegenüber den vorab genannten Personen haben.

Um als unterhaltspflichtige Person zu gelten, muss man im Haushalt des Krankenversicherungsempfängers wohnen, mit Ausnahme des/der faktisch von Tisch und Bett getrennt lebenden Ehegatten/Ehegattin und der Kinder unter 25 Jahre. Man darf über ein Bruttoeinkommen (Pension, Rente etc.) von höchstens 2 388,34 € pro Quartal (im 2. Quartal 2016 geltender Betrag) verfügen.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Um Leistungen beziehen zu können:

- müssen Sie einem Versicherungsträger angeschlossen sein, der wiederum einem Krankenkassenlandesverband angeschlossen ist, oder Mitglied der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) sein.
- dürfen Ihre Beiträge nicht unter einem bestimmten Mindestbetrag liegen. Ist dies nicht der Fall, ist ein Zusatzbeitrag zu zahlen, um die Ansprüche auf Gesundheitsdienstleistungen aufrechtzuerhalten.
- Ihre Mitgliedschaft bei einem Versicherungsträger gilt höchstens bis zum Ende des zweiten Jahres nach dem letzten Jahr, in dem Sie versichert waren.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Leistungen, die Präventiv- als auch Kurativpflege beinhalten, werden entsprechend einer zwischen den Ärzten und der Krankenversicherung vertraglich vereinbarten Gebührenordnung erstattet.

Medizinische und Zahnpflege

- Sie können Ihren Arzt oder Zahnarzt frei wählen;
- Sie haben das Recht, einen Facharzt zu konsultieren;
- prinzipiell erstattet der Versicherungsträger 60 bis 75% der für Gesundheitsdienstleistungen gezahlten Honorare wie beispielsweise für die Konsultation von Haus- und Fachärzten;
- Kosten für Heilgymnastikleistungen werden nur auf ärztliche Verschreibung erstattet;
- zu den erstatteten Zahnpflegeleistungen zählen Präventiv- und erhaltende Behandlungen, Zahnextraktionen, Prothesen und Kieferorthopädie (gemäß Altersbegrenzung: 9 Jahre für eine erste Behandlung und Ende der Leistung spätestens bei Erreichen des 22. Lebensjahres);
- Sie bezahlen das Honorar direkt an den Arzt oder Zahnarzt und lassen sich den Betrag anschließend von dem von Ihnen gewählten Versicherungsträger erstatten.

Weitere Informationen zur Erstattung von Arztkosten finden Sie auf dem www.socialsecurity.belgium.be.

Arzneimittel

- Sie können die Apotheke, in der Sie Ihre vom Arzt oder Zahnarzt verschriebenen Medikamente kaufen, frei wählen;
- Sie bezahlen den Betrag für das Medikament direkt beim Apotheker, der Ihnen eine Quittung über die ausgegebenen Medikamente gibt;
- der von der Krankenversicherung erstattete Betrag richtet sich nach der sozialen und therapeutischen Zweckmäßigkeit des verschriebenen Medikaments;
- wenn Sie über eine ärztliche Verschreibung (Rezept) verfügen, brauchen Sie dem Apotheker

nur den nicht vom Versicherungsträger erstatteten Teil des Preises zu bezahlen.

Krankenhauspflege

- Die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt werden zwischen Ihnen und dem Versicherungsträger aufgeteilt. Das Krankenhaus stellt die von Ihrer Versicherung getragenen Kosten direkt Ihrem Versicherungsträger in Rechnung;
- Bei Ihrer Aufnahme müssen Sie einen pauschalen Vorschuss zahlen. Der Betrag richtet sich nach Ihrem Status (erhöhte Beteiligung der Versicherung, Arbeitsloser, unterhaltspflichtiges Kind);
- der Pflage-tagessatz ist ein pauschaler Betrag, der die Kosten Ihres Aufenthalts und Ihrer Pflege im Krankenhaus deckt. Einen großen Teil dieses Betrags bezahlt Ihr Versicherungsträger. Der von Ihnen zu zahlende Betrag hängt davon ab, welchen Status Sie haben;
- Darüber hinaus müssen Sie eine Tagespauschale für die erstattungsfähigen, während Ihres Krankenhausaufenthaltes verabreichten Medikamente zahlen.

Weitere Informationen rund um das Thema Krankenhausaufenthalt finden Sie auf dem <https://www.socialsecurity.be>

Fachsprache übersetzt

- **Verschreibung oder Rezept:** Urkunde, mit der eine zugelassene Gesundheitsfachkraft therapeutische Empfehlungen für einen Patienten verschreibt.
- **HKIV:** Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung. Öffentliche Einrichtung, die die gleichen Aufgaben erfüllt wie die Krankenkasse. Anders als Letztere ist die Hilfskasse verpflichtet, jeden Berechtigten, der einen entsprechenden Antrag stellt, aufzunehmen, ohne dass dieser eine Zusatzversicherung abschließen muss. <http://www.caami-hziv.fgov.be/Model4-10-D.htm>
- **Erhöhte Beteiligung:** Bei bestimmten Patientenkategorien wird unter bestimmten Umständen eine höhere Erstattung durch die Versicherung für ihre medizinischen Kosten gewährt. Dies nennt man erhöhte Beteiligung. Der Eigenanteil, den diese Patienten für medizinische Pflege bezahlen, ist somit geringer. Weitere Informationen zum Status von Begünstigten der erhöhten Beteiligung finden Sie auf dem <https://www.socialsecurity.be>.
- **Eigenanteil oder Selbstbeteiligung:** Der nach Abzug der Versicherungsleistung von Ihnen selbst zu tragende Anteil.
- **LIKIV:** Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung. Körperschaft öffentlichen Rechts für die Verwaltung der Bereiche Krankheit, Mutterschaft und Invalidität und Verteilung der finanziellen Mittel auf die verschiedenen Versicherungsträger (Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit). <http://www.inami.fgov.be/FR/Pages/default.aspx>

Langzeitpflege

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Zwar gibt es in Belgien keine spezifischen Bestimmungen auf föderaler (nationaler) Ebene, aber das Gesetz sieht bestimmte Leistungen für pflegebedürftige, behinderte oder betagte Menschen vor, die eine bestimmte Ausstattung oder Langzeitpflege benötigen. Hierbei handelt es sich um:

- Eingliederungsbeihilfe (EB);
- Beihilfe zur Unterstützung von Betagten (BUB);
- Die flämische Pflegeversicherung (Vlaamse Sociale Bescherming).

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Eingliederungsbeihilfe

Damit Sie die zusätzlichen Kosten tragen können, die Ihnen als Person mit Behinderung bei der

Bewältigung Ihres Alltags (motorisierter Rollstuhl, spezielle Ausstattung für Bad, Küche etc.) entstehen, kann Ihnen eine Eingliederungsbeihilfe gewährt werden, wenn:

- Ihre Behinderung von einem Amtsarzt anerkannt wird;
- Ihr Einkommen und das Ihres Partners bestimmte Grenzen nicht überschreitet;
- Sie mindestens 21 und höchstens 65 Jahre alt sind;
- Sie im Bevölkerungsregister eingetragen sind;
- Sie Ihren Wohnsitz in Belgien haben und Sie sich dort tatsächlich aufhalten.

Beihilfe zur Unterstützung von Betagten

Wenn Sie mindestens 65 Jahre alt sind und Schwierigkeiten haben, Ihre Alltagsaktivitäten auszuführen, können Sie Anspruch auf eine Beihilfe zur Unterstützung von Betagten (BUB) haben. Diese Beihilfe ist identisch mit der Eingliederungsbeihilfe, richtet sich aber an Personen von mindestens 65 Jahren. Sie können sie frühestens mit Vollendung Ihres 65. Lebensjahres beantragen. Die Bedingungen sind die gleichen wie bei der Eingliederungsbeihilfe (EB).

Weitere Informationen über die EB und die BUB finden Sie auf <https://www.socialsecurity.be>.

Weitere Informationen zur BUB in der Flämischen Gemeinschaft: auf der Website der Vlaamse Sociale Bescherming

Die flämische Sozialversicherung (Vlaamse Sociale Bescherming) der Region Flandern

Die flämische Sozialversicherung umfasst verschiedene Eingriffe und Finanzierungssysteme für die Langzeitpflege in der Flämischen Gemeinschaft.

Die Versicherten zahlen jeweils einen Beitrag von 25 € oder 50 € ein, der das Budget der Basisunterstützung, die flämischen Pflegeversicherungsleistungen und die Beihilfe zur Unterstützung von Betagten finanziert.

Um die flämische Sozialversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss der Empfänger von Versicherungsleistungen fünf Jahre durchgehend in der Flämischen Region oder der Region Brüssel-Hauptstadt gewohnt haben. In Brüssel ansässige Personen sind jedoch nicht zum Versicherungsbeitritt verpflichtet. Der Versicherte muss zudem je nach Beihilfe eine anerkannte Behinderung haben oder mindestens 65 Jahre alt sein und eine Behinderung oder einen eingeschränkten Grad der Selbstständigkeit aufweisen (7 Punkte auf der Skala der Selbstständigkeit). Die medizinischen Untersuchungen betreffend die Beihilfe zur Unterstützung von Betagten werden noch auf staatlicher Ebene durchgeführt.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen? Eingliederungsbeihilfe

Der Grad der Selbstständigkeit wird in der Regel bei der medizinischen Begutachtung festgestellt; auf dieser Basis wird die Höhe Ihres Beihilfeanspruchs berechnet. Sie kann mit einer Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens kumuliert werden. Zur Berechnung der Beihilfe werden die Vermögenswerte des Betroffenen und die seines Partners, mit dem er einen Haushalt bildet, zugrunde gelegt. Beihilfe zur Unterstützung von Betagten

Die Beihilfe zur Unterstützung von Betagten

Der Grad der Selbstständigkeit wird in der Regel bei der medizinischen Begutachtung festgestellt; auf dieser Basis wird die Höhe Ihres Beihilfeanspruchs berechnet. Zur Berechnung der Beihilfe werden die Vermögenswerte des Betroffenen und die seines Partners, mit dem er einen Haushalt bildet, zugrunde gelegt.

Die flämische Sozialversicherung

Das flämische Sozialversicherungssystem, das sich mit der föderalen Sozialversicherung überschneidet, besteht aus drei Säulen: die flämische Pflegeversicherung (seit Oktober 2001),

das Budget der Basisunterstützung für Menschen mit Behinderung (seit September 2016) und die Beihilfe zur Unterstützung von Betagten (seit Januar 2017).

Die flämische Pflegeversicherung

In der Region Flandern können **stark pflegebedürftige Personen**, deren Bedarf an häuslicher Pflege anerkannt wurde, 130 € pro Monat erhalten. Auch Betagte, die in einem Altenheim oder Alters- und Pflegeheim oder einem psychiatrischen Pflegeheim untergebracht sind, können diesen Betrag beziehen.

Die Pflegeversicherung deckt nur nichtmedizinische Kosten und kann frei verwendet werden für:

- die häusliche Pflege;
- die häusliche Versorgung;
- die Entschädigung von Personen, die regelmäßig Hilfe leisten;
- die von der pflegebedürftigen Person benötigten Hilfemaßnahmen.

Das Budget der Basisunterstützung

Das Budget der Basisunterstützung ist eine flämische Beihilfe, die Menschen mit einer anerkannten Behinderung und einem begrenzten Bedarf an Hilfeleistungen gewährt wird. Die Beihilfe beläuft sich auf 300 € monatlich und kann frei für Hilfeleistungen verwendet werden, wie unter anderem häusliche Pflege, Tagespflege, Betreuung, Inanspruchnahme von Dienstleistungen und häusliche Versorgung.

Die Beihilfe zur Unterstützung von Betagten (BUB)

Die Beihilfe zur Unterstützung von Betagten betrifft Personen, die älter als 65 Jahre sind, eine Behinderung haben und/oder eingeschränkt bzw. nicht mehr selbstständig sind.

Um diese Beihilfe in Anspruch nehmen zu können, kann der Antrag online (<http://vlaamsesocialebescherming.be/ethab>) oder bei der Pflegeversicherung eingereicht werden.

Der gewährte Höchstbetrag richtet sich nach dem Grad der Selbstständigkeit und dem Haushaltseinkommen.

Personen, die in Brüssel wohnhaft sind, müssen eine Beihilfe zur Unterstützung von Betagten stets bei der FÖD Soziale Sicherheit beantragen.

Weitere Informationen: www.vlaamsesocialebescherming.be

Die täglichen Geschäfte der flämischen Sozialversicherung führen die [Pflegeversicherungskassen](#) (nl).

Fachsprache übersetzt

- **FÖD Soziale Sicherheit:** Der mit der sozialen Sicherheit betraute föderale öffentliche Dienst.
- **Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens (BEE):** Sie kann einer behinderten Person gewährt werden, wenn ihre Arbeitsfähigkeit und somit auch ihre Erwerbsfähigkeit durch die Behinderung eingeschränkt sind.
- **EB:** Eingliederungsbeihilfe.
- **BUB:** Beihilfe zur Unterstützung von Betagten.

Gegebenenfalls auszufüllende Formulare

Information über das Verfahren der Antragsstellung finden Sie auf der Website <https://www.socialsecurity.be>.

Geldleistungen bei Krankheit

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wenn Sie als Lohnempfänger oder Selbständiger infolge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr arbeiten können, haben Sie Anrecht auf ein Ersatzeinkommen (außer wenn es sich

um eine Berufskrankheit oder um einen Arbeitsunfall handelt). Es ist jedoch je nach Ihrem Status jeweils eine andere Regelung zutreffend.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Als **Arbeitnehmer** müssen Sie die folgenden Bedingungen erfüllen:

- Sie müssen bei einem Versicherungsträger (Versicherung auf Gegenseitigkeit) als Mitglied eingetragen sein;
- Sie müssen nachweisen, dass Sie über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten ein minimales Arbeitsvolumen geleistet oder einen Mindestbetrag an Sozialversicherungsbeiträgen gezahlt haben (zwölf Monate ab dem 1. April 2017 bei Arbeitsunfähigkeit, die nach dem 1. Januar 2017 eingetreten ist);
- Es darf keine Unterbrechung von mehr als 30 Tagen zwischen dem Beginndatum Ihrer Arbeitsunfähigkeit und Ihrem zuletzt gearbeiteten Tag geben;
- Sie müssen mindestens 120 Tage gearbeitet haben (180 Tage ab dem 1. April 2017);
- Sie müssen jede Berufstätigkeit eingestellt haben.
- Sie müssen von dem Arzt der Versicherung auf Gegenseitigkeit als arbeitsunfähig eingestuft sein.

Als **Selbständiger** müssen Sie folgende Bedingungen erfüllen:

- Sie müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten einen Mindestbetrag an Sozialversicherungsbeiträgen gezahlt haben;
- Sie müssen nachweisen, dass Sie in einem Referenzzeitraum vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit genügend Beiträge gezahlt haben;
- Es darf keine Unterbrechung von mehr als 30 Tagen zwischen dem Beginndatum Ihrer Arbeitsunfähigkeit und dem letzten Quartal der Beitragszahlung geben.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Als **Arbeitnehmer** müssen Sie dem Vertrauensarzt Ihrer Versicherung das von Ihrem behandelnden Arzt ausgestellte Attest weiterleiten.

Im ersten Zeitraum werden die Leistungen vom Arbeitgeber gezahlt:

- Angestellte erhalten einen Monat lang 100% ihres Einkommens;
- Arbeiter erhalten:
 - in den ersten sieben Tagen der Arbeitsunfähigkeit 100% ihrer Vergütung;
 - vom achten bis 14. Tag 85,88% der Vergütung, oder über eine Zusatzentschädigung;
 - vom 15. bis 30. Tag: 25,88% der Vergütung, die die von der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung festgelegte Höchstgrenze nicht übersteigt, und 85,88% der Vergütung, die diese Höchstgrenze übersteigt.

Die Krankenversicherung übernimmt nach Beendigung dieses Zeitraums den vom Arbeitgeber gewährten Lohn.

Die Entschädigung entspricht 60% Ihres Lohns. Die für die Berechnung der Entschädigung berücksichtigte Höchstgrenze beläuft sich auf 135,9133 € pro Tag (wenn Ihre Arbeitsunfähigkeit am 1. April 2015 begonnen hat).

Wenn Sie nach Ablauf eines Jahres immer noch arbeitsunfähig sind, haben Sie Anspruch auf eine Invaliditätsentschädigung.

Weitere Informationen auf der [Website der LIKIV \(INAMI\)](#).

Als **Selbständiger** müssen Sie folgende Bedingungen erfüllen:

- Sie müssen eine Wartezeit von sechs Monaten vollendet haben oder von dieser Wartezeit befreit worden sein;
- Sie müssen für einen Referenzzeitraum vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit nachweisen, dass Sie genügend Beiträge für den Sektor Entschädigungen gezahlt haben;
- Es darf keine Unterbrechung von mehr als 30 Tagen zwischen dem Beginndatum Ihrer Arbeitsunfähigkeit und dem letzten Quartal der Beitragszahlung (oder gleichgesetzten Periode)

oder Freistellung von der Beitragszahlung geben.

Fachsprache übersetzt

- **Invaliditätsentschädigung:** Entschädigung, auf die Sie Anspruch haben, wenn Sie ein Jahr lang Krankengeld erhalten haben und immer noch als arbeitsunfähig anerkannt sind.
- **LIKIV:** Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung. Körperschaft öffentlichen Rechts für die Verwaltung der Bereiche Krankheit, Mutterschaft und Invalidität und Verteilung der finanziellen Mittel auf die verschiedenen Versicherungsträger verteilt (Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit). [Website der LIKIV \(INAMI\)](#).

Invalidität

Leistungen bei Arbeitsunfall und Berufskrankheiten

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

- Als Arbeitsunfall gilt „jeder Unfall, der einem Arbeitnehmer während und aufgrund der Ausführung des Arbeitsvertrages widerfährt und bei dem eine Verletzung entsteht“.
- Ist die Berufskrankheit in der Liste der Berufskrankheiten aufgeführt und arbeitet der Betroffene in einem Bereich, in dem eine Exposition gegenüber dem Risiko gegeben war, wird ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Berufsausübung und Krankheit angenommen. Außerhalb der Liste besteht zudem ein offenes System.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Berufskrankheiten

- Versichert sind durch einen Arbeitsvertrag gebundene **Arbeitnehmer des Privatsektors**. Ebenfalls versichert sind:
- Auszubildende und Praktikanten, auch wenn Sie keine Vergütung erhalten;
- Personen, die aufgrund einer körperlichen Arbeitsunfähigkeit oder von Arbeitslosigkeit an einer Wiedereingliederung oder Berufsausbildung teilnehmen;
- Schüler und Studenten, die im Rahmen der Ausbildung einem Berufskrankheitsrisiko ausgesetzt sind.

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst sind gegen das Berufskrankheitsrisiko versichert. Der für einen Antrag zu befolgende Verwaltungsweg kann je nach betreffender Verwaltungsstelle oder Einrichtung unterschiedlich sein.

Als **Selbständiger** sind Sie nicht mehr im Rahmen einer Pflichtversicherung gegen Berufskrankheiten versichert. Sie können jedoch das Kranken- und Invalidenversicherungssystem für Selbständige in Anspruch nehmen.

Arbeitsunfälle

Jeder aufgrund eines Arbeitsunfalls berufsunfähige Arbeitnehmer hat Anspruch auf Entschädigung. Als Arbeitsunfall betrachtet wird:

- Ein plötzliches Ereignis (dies unterscheidet den Arbeitsunfall von der Berufskrankheit), das eine Verletzung hervorruft und während und infolge der Ausführung des Arbeitsvertrags auftritt;
- Der Arbeitsunfall, der sich auf dem Weg zur und von der Arbeit ereignet.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Berufskrankheiten

Von einer Berufskrankheit Betroffene oder ihre Berechtigten haben Anspruch auf eine vom Föderalagentur für Berufsrisiken (Fedris) ausbezahlte Entschädigung. Möglicherweise haben Sie Anspruch auf eine der nachstehenden Leistungen:

- Entschädigung für eine bleibende Arbeitsunfähigkeit;
- Entschädigung für eine zeitweise Arbeitsunfähigkeit;
- Erstattung von im Rahmen der Behandlung einer Berufskrankheit anfallenden medizinischen Kosten;
- Entschädigung für die Hilfe durch eine Drittperson;
- Entschädigung für einen nach dem durch eine Berufskrankheit verursachten Tod; in diesem Fall wird die Entschädigung an die Berechtigten ausgezahlt.

Achtung! Die hier aufgeführten Informationen gelten nur für Arbeitnehmer des Privatsektors. Arbeitnehmer des öffentlichen Sektors müssen sich an den Personaldienst ihrer Verwaltung wenden.

Die Ihnen ausgezahlte Entschädigung kann in keinem Fall höher sein als der Höchstbetrag Ihres Grundgehalts. Dies gilt auch, wenn Sie mehrere Entschädigungen von Fedris erhalten, z. B., weil Sie verschiedene Berufskrankheitsversicherungen abgeschlossen haben, sowie bei eventuell infolge eines Arbeitsunfalls ausgezahlten Entschädigungen.

Weitere Informationen finden Sie auf <https://www.socialsecurity.be/>.

Arbeitsunfälle

- Jeder aufgrund eines Arbeitsunfalls berufsunfähige Arbeitnehmer hat Anspruch auf Entschädigung;
- Kosten für medizinische Behandlung, die Opfern eines Arbeitsunfalls zukommt, werden erstattet;
- im Todesfall infolge eines Arbeitsunfalls haben nahe Verwandte Anspruch auf eine Rente.

Im Falle eines Arbeitsunfalls haben Sie Anspruch auf eine Entschädigung für

- die zeitweilige vollständige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit (Sie erhalten Entschädigungen pro Tag);
- die bleibende Arbeitsunfähigkeit (Sie erhalten während der Revisionsfrist eine Beihilfe und nach dieser Frist eine Rente).

Entschädigungen und Renten werden anhand des Grundlohns berechnet.

- Weitere Informationen finden Sie auf <https://www.socialsecurity.be/>.

Fachsprache übersetzt

- **FEDRIS:** Föderalagentur für Berufsrisiken. Belgische Einrichtung der sozialen Sicherheit, die aus der Zusammenführung des Fonds für Berufskrankheiten und des Fonds für Arbeitsunfälle entstanden ist und darüber wacht, dass die Rechte der Arbeitsunfall- und Berufskrankheitsopfer gewährleistet werden. **Berufskrankheit:** Berufskrankheiten werden direkt und maßgeblich durch die Ausübung eines Berufs verursacht. Es existiert ein öffentliches Verzeichnis, aber es ist auch möglich, eine nicht in diesem Verzeichnis aufgeführte Krankheit als Berufskrankheit anerkennen zu lassen.
- **Grundlohn:** Lohn, den Sie während des dem Unfall vorausgehenden Jahres aufgrund der Funktion, die Sie zum Zeitpunkt des Unfalls im Unternehmen ausgeübt haben, erhalten haben.

Gegebenenfalls auszufüllende Formulare

- [Formulare zu Berufskrankheiten können online über die Fedris-Website heruntergeladen werden.](#)
- Formular für die Meldung eines Arbeitsunfalls: <https://fedris.be/de>

Invaliditätsentschädigung

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wenn bei Ihnen eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als einem Jahr anerkannt wird, werden Sie

als invalide eingestuft. Die Invalidität beginnt also mit Beginn des zweiten Jahres Ihrer Arbeitsunfähigkeit.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Wenn Sie **Arbeitnehmer** sind, müssen Sie:

- Mitglied in einer Krankenkasse (Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit) sein;
- während sechs Monaten 120 Tage gearbeitet haben (180 Tage während einer Dauer von einem Jahr ab dem 1. April 2017). Bestimmte arbeitsfreie Zeiten wie z. B. wegen bezahlten Urlaubs, Krankheit etc. gelten als Beschäftigungszeiten;
- als seit einem Jahr arbeitsunfähig anerkannt sein;
- einen Nachweis der Zahlung der Mindestbeiträge erbringen.

Wenn Sie **selbständig** sind:

- müssen Sie eine Wartezeit von sechs Monaten vollendet haben oder von dieser Wartezeit befreit worden sein;
- müssen Sie nachweisen, dass Sie in einem Referenzzeitraum vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit genügend Beiträge für den Sektor Entschädigungen gezahlt haben;
- darf es keine Unterbrechung von mehr als 30 Tagen zwischen dem Beginndatum Ihrer Arbeitsunfähigkeit und dem letzten Quartal der Beitragszahlung (oder gleichgesetzten Periode) oder Freistellung von der Beitragszahlung geben.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Der medizinische Invaliditätsrat des LIKIV entscheidet anhand eines vom Vertrauensarzt der Krankenkasse des Arbeitnehmers erstellten medizinischen Berichts über die Anerkennung einer Invalidität und eventuelle Verlängerungen.

Gegebenenfalls kann die Invaliditätsentschädigung bis zum Rentenalter gezahlt werden, sofern der Leistungsempfänger die entsprechenden medizinischen Bedingungen erfüllt.

Höhe der Leistung

Die Höhe der Entschädigung richtet sich nach Ihrer familiären Situation und dem Zeitpunkt, zu dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist:

- Das Invaliditätsgeld beträgt 65% Ihres entgangenen, nach oben begrenzten Lohns, sofern Sie mindestens einer Person gegenüber Unterhaltsverpflichtungen haben (maximal 88,34 € pro Tag bei einer nach dem 1. April 2015 eingetretenen Invalidität);
- Sind Sie nicht unterhaltspflichtig, wird dieser Betrag auf 55% des entgangenen, nach oben begrenzten Lohns (maximal 74,75 € nach dem 1. Januar 2017) festgesetzt;
- Handelt es sich um einen zusammenwohnenden Berechtigten, beträgt der Satz 40% des entgangenen, nach oben begrenzten Lohns (maximal 54,37 € pro Tag bei einer nach dem 1. April 2015 eingetretenen Invalidität).

Die tägliche Entschädigung darf nicht unter den folgenden Beträgen liegen (zum 1. Januar 2017):

- bei einem regelmäßigen Arbeitnehmer: 56,17 € (mit unterhaltsberechtigter Familie), 44,95 € (Alleinstehende ohne unterhaltsberechtigten Familie) oder 38,54 €; (Zusammenwohnender ohne unterhaltsberechtigten Familie);
- bei einem nicht regelmäßigen Arbeitnehmer: 44,48 € mit unterhaltsberechtigten Personen und 33,36 € für andere Leistungsempfänger.

Wenn die unterhaltsberechtigten Person ein monatliches Einkommen von weniger als 951,65 € erhält, gilt der Berechtigte als unterhaltspflichtige Person. Bezieht die unterhaltspflichtige Person ein monatliches Erwerbseinkommen zwischen 951,65 € und 1 531,93 €, gilt der Berechtigte als alleinstehend.

Dies gilt auch, wenn die unterhaltspflichtige Person ein monatliches Ersatzeinkommen (gegebenenfalls kombiniert mit einem Erwerbseinkommen) zwischen 951,65 € und 1 047,35 €

bezieht.

Weitere Informationen zur Höhe des Invaliditätsgeldes finden Sie auf der [LIKIV-Website](#).

Wenn Sie selbständig sind, erhalten Sie eine von Ihrer familiären Situation abhängige Krankengeldpauschale. Diese hängt zudem davon ab, ob Ihr Unternehmen während der Invalidität geschlossen wird.

Der Betrag des Krankengeldes ist an den Verbraucherpreisindex gekoppelt. Die Krankengelder werden von Ihrer Krankenkasse gezahlt.

Fachsprache übersetzt

- **LIKIV:** Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung. Körperschaft öffentlichen Rechts für die Verwaltung der Bereiche Krankheit, Mutterschaft und Invalidität und Verteilung der finanziellen Mittel auf die verschiedenen Versicherungsträger (Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit). <http://www.inami.fgov.be/fr/Pages/default.aspx>

Alter und Hinterbliebene

Leistungen für Hinterbliebene

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Im Todesfall bietet die Hinterbliebenenpension dem hinterbliebenen Ehepartner die Möglichkeit, eine Pension zu bekommen, berechnet auf Basis der Laufbahn als Arbeitnehmer oder Selbständiger des verstorbenen Ehepartners. Ursprünglich war die Hinterbliebenenpension Witwen vorbehalten, aber seit 1984 gilt sie auch für Witwer.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Um eine Hinterbliebenenpension beziehen zu können, müssen Sie:

- das Alter von 46 Jahren erreicht haben;
- am Sterbedatum seit mindestens einem Jahr mit dem verstorbenen Arbeitnehmer verheiratet gewesen sein. Diese Bedingung ist auch erfüllt, wenn in dem der Ehe unmittelbar vorausgehenden Zeitraum ein gesetzliches Zusammenwohnen vorliegt und die Summe dieser Zeitspannen (Zusammenwohnen + Ehe) mindestens ein Jahr beträgt;
- die allgemeinen Auszahlungsmodalitäten für Pensionen einhalten.

Es existieren jedoch Abweichungen von diesen Bedingungen:

Abweichungen von der Ehebedingung:

- aus Ihrer Ehe ist ein Kind hervorgegangen oder Ihr Kind wird binnen dreihundert Tagen nach dem Tod Ihres Ehegatten geboren;
- zum Zeitpunkt des Todes haben Sie ein unterhaltspflichtiges Kind, für das Sie oder Ihr Ehepartner Familienbeihilfen bezog;
- der Tod ist die Folge eines Unfalls nach dem Datum der Eheschließung;
- der Tod wurde verursacht durch eine Berufskrankheit, die während oder anlässlich der Ausübung des Berufs eingetreten ist: Ursprung oder Verschlimmerung dieser Krankheit müssen jedoch nach dem Datum der Eheschließung liegen;
- der Tod wurde verursacht durch eine Berufskrankheit, die während der Ausführung eines von der Belgischen Regierung erteilten Auftrags oder der im Rahmen des Belgischen Technischen Beistands erbrachten Leistungen eingetreten ist: Ursprung oder Verschlimmerung dieser Krankheit müssen jedoch nach dem Datum der Eheschließung liegen.

Der hinterbliebene Ehegatte, der die Ehebedingung oder die Ausnahmebedingung erfüllt, nicht jedoch die Altersbedingung, hat Anspruch auf ein Überbrückungsgeld für einen Zeitraum von 12 Monaten (ohne unterhaltspflichtige Kinder) oder 24 Monaten (mit unterhaltspflichtigen Kindern).

Das Überbrückungsgeld kann unbegrenzt mit Sozialleistungen und Erwerbseinkommen kumuliert werden.

- Weitere Informationen auf der Website des FPD: <http://www.sfpd.fgov.be/fr>.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

In der Regel ist ein Antrag auf Hinterbliebenenpension einzureichen. Es gibt jedoch Fälle, in denen die Prüfung von Amts wegen ohne vorherigen Antrag erfolgt.

Sie können Ihre Hinterbliebenenpension online beantragen auf der Website des FPD: <http://www.sfpd.fgov.be/fr>.

Höhe der Pension

Die Höhe der Hinterbliebenenpension oder des Überbrückungsgeldes fällt unterschiedlich aus, je nachdem, ob Ihr Ehegatte schon pensioniert war oder nicht.

- Ihr Ehegatte bezog eine Pension (berechnet nach dem Haushaltssatz oder für Alleinstehende). Die Höhe der Hinterbliebenenpension beträgt 80% der zum Haushaltssatz berechneten Ruhestandspension des verstorbenen Ehegatten (dies entspricht der Ruhestandspension eines Alleinstehenden);
- Ihr Ehegatte war noch nicht im Ruhestand. Die Hinterbliebenenpension beträgt somit 80% der (hypothetischen) Ruhestandspension, die der Ehegatte bezogen hätte. Es gibt jedoch einige Sonderregeln, mit denen Ungleichheiten verringert werden sollen.

Weitere Informationen erhalten Sie auf den Websites der betreffenden Stellen:

- Selbständige: www.inasti.be ;
- Arbeitnehmer und Beamte: <http://www.sfpd.fgov.be/fr>.

Fachsprache übersetzt

- FPD Föderaler Pensionsdienst. Öffentliche Einrichtung für soziale Sicherheit, deren Aufgabe es ist, die Alters- und Hinterbliebenenpensionen von Arbeitnehmern zu verwalten. <http://www.sfpd.fgov.be/fr>.
- LISVS: Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbständige. Als öffentliche Einrichtung für Sozialschutz verwaltet das LISVS die Pensionen von Selbständigen. <http://www.inasti.be/de/index.htm>.

Renten und Leistungen im Alter

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Jede Person, die als Arbeitnehmer, Selbständiger oder Beamter in Belgien gearbeitet hat, hat nach Beendigung seiner Berufslaufbahn Anspruch auf eine Altersrente.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

In Belgien liegt das gesetzliche Rentenalter bei 65 Jahren. Ihre Altersrente beginnt also mit dem ersten Tag des Monats nach Ihrem 65. Geburtstag.

Jeder abhängig Beschäftigte jedoch hat Anspruch auf vorgezogene Altersrente. Bis 2012 konnten Sie nach einer Erwerbstätigkeit von 35 Jahren mit 60 Jahren in die vorgezogene Altersrente gehen. Zwischen 2013 und 2019 werden die Alters- und

Erwerbstätigkeitsvoraussetzungen gemäß folgendem Schema schrittweise angehoben:

Datum Mindestalter Berufslaufbahn

2012	60	35 Jahre
2013	60,5	38 Jahre
2014	61	39 Jahre
2015	61,5	40 Jahre
2016	62	40 Jahre
2017	62,5	41 Jahre
2018	63	41 Jahre
2019	63	42 Jahre

Es gibt Ausnahmen für lange Erwerbstätigkeiten.

Je nach ausgeübtem Beruf gibt es drei Pensionsregelungen:

- Für Arbeitnehmer wird der Betrag der Ruhestandsrente auf der Grundlage von drei Parametern berechnet: Dauer der Berufstätigkeit, während der Erwerbstätigkeit erhaltene Vergütungen und Familienstand. Weitere Informationen auf der Website des Föderalen Pensionsdienstes [Landespensionsamts](http://www.sfpd.fgov.be/fr) (FPD) <http://www.sfpd.fgov.be/fr> oder auf <https://www.socialsecurity.be>.
- Bei den Selbständigen sind die berücksichtigten Parameter identisch mit denen, die in der Arbeitnehmerregelung verwendet werden (Berufslaufbahn, Vergütungen und Familienstand). Allerdings sind bestimmte Modalitäten unterschiedlich. Weitere Informationen auf der Website des [Landesinstituts der Sozialversicherungen für Selbständige \(LISVS\)](https://www.socialsecurity.be) und auf <https://www.socialsecurity.be>.
- Die Pensionsregelung für Beamte unterscheidet sich von der für Arbeitnehmer. Hier werden die während der Berufstätigkeit erhaltenen Vergütungen nicht berücksichtigt, sondern man geht von einem Referenzgehalt aus, das bei einem Beamten, der am 1. Januar 2012 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte, dem Durchschnitt der Gehälter der letzten zehn Dienstjahre entspricht. Weitere Informationen auf der Website des Föderalen Pensionsdienstes [Landespensionsamts](http://www.sfpd.fgov.be/fr) (FPD) <http://www.sfpd.fgov.be/fr> und auf <https://www.socialsecurity.be>.

Sie haben die Möglichkeit, im Ruhestand eine Berufstätigkeit aufzunehmen oder fortzuführen. Dabei sind jedoch mehrere Bedingungen zu erfüllen. Weitere Informationen erhalten Sie auf der Website des Föderalen Pensionsdienstes [Landespensionsamts](http://www.sfpd.fgov.be/fr) (FPD) <http://www.sfpd.fgov.be/fr>.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Die Ruhestandsrente der Arbeitnehmer wird anhand der Versicherungsdauer, der Vergütungen, auf denen die geleisteten Beiträge basieren (im Rahmen eines Grenzbetrags) und dem Familienstand des Rentenbeziehers berechnet. Sie wird nach folgenden Formeln berechnet (S = Referenzvergütung):

- für Alleinstehende oder Verheiratete ohne unterhaltsberechtigten Partner: $S \times 60\% \times \text{Versicherungsdauer}/45$;
- für Verheiratete mit unterhaltsberechtigtem Partner: $S \times 75\% \times \text{Versicherungsdauer}/45$.

Weitere mit den Renten verbundene Leistungen können Rentenempfängern zustehen:

- Heizkostenzuschuss für pensionierte Bergarbeiter (31,12 € pro Jahr): wird für jedes vollständig im Bergwerk geleistete Arbeitsjahr gewährt, max. 30 Jahre (Höchstbetrag von 933,60 €);
- Urlaubsgeld und ergänzendes Urlaubsgeld: Rentenempfänger erhalten jährlich im Mai des laufenden Jahres Urlaubsgeld. Bei dem Urlaubsgeld handelt es sich um eine Pauschale, die von der Art der Pension abhängt.

Rentanträge müssen bei der Gemeindeverwaltung des Wohnorts gestellt werden. Wenn Sie in

einem anderen Mitgliedstaat wohnen, müssen Sie Ihren Antrag an die lokale Rentenanstalt dieses Staates richten. Um Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihrer Akte zu vermeiden, wird empfohlen, diesen Antrag ein Jahr vor dem Rentenalter zu stellen.

Es gibt zwei Arten, Ihre Rente zu erhalten. Sie kann Ihnen per Postanweisung an Ihren Wohnsitz ausgezahlt oder auf ein auf Ihren Namen lautendes Bank- oder Postkonto überwiesen werden.

Fachsprache übersetzt

- **Urlaubsgeld:** Dem Arbeitnehmer vom Arbeitgeber während seiner gesetzlich festgelegten Urlaubstage zu zahlende Vergütung.
- **FPD** Föderaler Pensionsdienst. Öffentliche Einrichtung für soziale Sicherheit, deren Aufgabe es ist, die Alters- und Hinterbliebenenpensionen von Arbeitnehmern und die Pensionen des öffentlichen Sektors zu verwalten. <http://www.sfpd.fgov.be/fr>.
- **LISVS:** Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbständige. Als öffentliche Einrichtung für Sozialschutz verwaltet das LISVS die Pensionen von Selbständigen. <http://www.inasti.be/de/index.htm>.

Sozialhilfe

Eingliederungseinkommen

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wenn Ihre Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhalts nicht ausreichen und Sie selbst ihn nicht sichern können, haben Sie grundsätzlich Anspruch auf ein Eingliederungseinkommen.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

In folgenden drei Situationen haben Sie Anspruch auf Eingliederungseinkommen:

- ab dem Moment Ihrer Antragstellung bis zu dem Zeitpunkt, an dem Sie tatsächlich zu arbeiten beginnen oder über ausreichende finanzielle Mittel verfügen;
- wenn Sie in einem individuellen Projekt der sozialen Eingliederung sind und dessen Verpflichtungen einhalten;
- wenn Sie aus gesundheitlichen oder anderen annehmbaren Gründen keinen Zugang zum Arbeitsmarkt haben.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Beim Eingliederungseinkommen handelt es sich im Vergleich zur Sozialversicherung um eine ergänzende finanzielle Beihilfe, die das ÖSHZ jeder Person bewilligt, die alle rechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die im Gesetz über das Recht auf soziale Integration vorgesehen sind. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Bedingungen wie Staatsangehörigkeit, Wohnsitz in Belgien, Alter und unzureichende Vermögenswerte.

Der Betrag hängt von der Kategorie ab, zu der Sie gehören:

- Wenn Sie mit jemandem zusammenwohnen, mit dem Sie die Haushaltsausgaben teilen (Miete, Energie etc.), gelten Sie als zusammenwohnend und können einen Betrag von 578,27 € pro Monat erhalten. Bei der Person muss es sich nicht unbedingt um Ihren Partner handeln;
- Wenn Sie alleine leben, gelten Sie als alleinwohnend und erhalten einen Betrag von 867,40 € monatlich;
- Wenn Sie für mindestens ein minderjähriges Kind unterhaltspflichtig sind, gelten Sie als Person mit Familienlasten und haben Anspruch auf einen Betrag von 1 156,53 € im Monat.

Das ÖSHZ muss Ihre gesamten Vermögenswerte berücksichtigen, mit Ausnahme bestimmter

davon freigestellter Vermögenswerte sowie unter bestimmten Bedingungen der Vermögenswerte derjenigen Personen, mit denen Sie zusammenwohnen (der Partner, aber auch ein volljähriger Familienangehöriger ersten Grades in auf- oder absteigender Linie). Es kann daher sein, dass Sie nicht den vollen Betrag des oben genannten Eingliederungseinkommens erhalten, weil Ihre Vermögenswerte von diesem Betrag abgezogen werden müssen. Weitere Informationen finden Sie auf <https://www.socialsecurity.be>.

Fachsprache übersetzt

- **Individuelles Projekt zur sozialen Eingliederung:** wird zwischen dem ÖSHZ und dem Antragsteller vereinbart; Ziele sind eine größtmögliche Integration und Teilhabe am sozialen Leben. Das ÖSHZ verfügt über drei Instrumente, um das Recht auf soziale Integration zu gewährleisten: Arbeitsbeschaffung, Eingliederungseinkommen und das individuelle Projekt zur sozialen Eingliederung oder eine Kombination dieser Instrumente.
- **FÖP Sozialeingliederung:** Föderaler Öffentlicher Programmierungsdienst Sozialeingliederung. Öffentlicher Dienst, der anstrebt, allen Menschen, die durch die Maschen der Sozialversicherung fallen und in Armut leben, eine würdige Existenz zu garantieren. Hauptpartner des FÖP Sozialeingliederung sind die ÖSHZ.
- **ÖSHZ:** Öffentliches Sozialhilfezentrum. Ein ÖSHZ verfügt über eine Reihe von Sozialdiensten und bewilligt verschiedene Arten von Beihilfen finanzieller, materieller oder immaterieller Art (Übernahme von Rechnungen, Lebensmittelpakete, Beratung bei Haushaltsfragen etc.), um einer Person zu ermöglichen, ein menschenwürdiges Leben zu führen. Jede Gemeinde oder Stadt hat ihr eigenes ÖSHZ, das ein breites Spektrum an Dienstleistungen und Beihilfeformen bietet.

Sonstige Sozialhilfeleistungen

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wenn Ihre Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhalts nicht ausreichen und Sie selbst ihn nicht sichern können, haben Sie zusätzlich zum Eingliederungseinkommen grundsätzlich Anspruch auf sonstige Sozialhilfeleistungen:

- Einkommensgarantie für Betagte (EGB);
- Beihilfen für Behinderte (BEE und erhöhte Familienbeihilfen);
- Garantierte Familienleistungen.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Einkommensgarantie für Betagte (EGB)

Bei der EGB oder Einkommensgarantie für Betagte handelt es sich um ein Mindesteinkommen, das die Behörden älteren Menschen, die das Rentenalter (65 Jahre) erreicht haben, bewilligen, wenn bestimmte Staatsangehörigkeits- und Wohnsitzbedingungen in Belgien erfüllt sind. Die EGB wird bewilligt, wenn die Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhalts nicht ausreichen.

Beihilfen für Behinderte

Die föderalen Behörden bewilligen finanzielle Beihilfen für Behinderte, die nicht über ausreichende Einkünfte verfügen, um ihren Lebensunterhalt zu sichern. Die Beihilfen für Behinderte sind für besonders Bedürftige bestimmt. Behinderte müssen bestimmte Bedingungen erfüllen, um diese Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu können (Anerkennung einer Behinderung, Einkünfte, Alter).

Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens (BEE)

Sie kann einer behinderten Person gewährt werden, wenn deren Arbeitsfähigkeit und somit auch Erwerbsfähigkeit durch die Behinderung eingeschränkt sind. Diese Hilfe ist jedoch an

verschiedene Bedingungen geknüpft, u. a.:

- Staatsangehörigkeit;
- Alter;
- Wohnsitz;
- Einkünfte (der behinderten Person sowie der Person, mit der sie einen Haushalt bildet).

Garantierte Familienleistungen

Sie haben weder nach belgischen, ausländischen noch internationalen Vorschriften Anspruch auf Familienbeihilfen für Kinder in Ihrem Haushalt? In diesem Fall können Sie garantierte Familienleistungen beantragen.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Einkommensgarantie für Betagte (EGB)

Sobald Sie das Alter von 65 Jahren erreicht haben, prüft der Föderale Pensionsdienst automatisch, ob Sie Anspruch auf die EGB haben. Der Anspruch auf diese finanzielle Beihilfe wird automatisch geprüft, wenn Sie eine Beihilfe für Behinderte oder das Eingliederungseinkommen erhalten.

- Wenn Sie mit einer oder mehreren Personen zusammenleben, können Sie den Grundbetrag von 8 420,64 € pro Jahr (701,72 € pro Monat) bekommen;
- Wenn Sie alleine leben, können Sie den Grundbetrag von 12 630,96 € pro Jahr (1 052,58 € pro Monat) bekommen.

Wenn Sie einen Rentenantrag gestellt haben, ist dies auch gleichzeitig ein Antrag auf EGB. Falls Sie keinen Rentenantrag gestellt haben, müssen Sie sich an Ihre Gemeindeverwaltung oder an das Landespensionsamt wenden.

Beihilfen für Behinderte:

- Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens (BEE): Der Betrag dieser Beihilfe wird der familiären Situation der behinderten Person entsprechend festgelegt: alleinstehend, in einem Haushalt lebend, zusammenwohnend, unterhaltspflichtige Kinder, in einer Einrichtung lebend;
- Erhöhte Familienbeihilfen: Der Betrag der zusätzlichen Familienbeihilfen hängt von einer Reihe von Faktoren ab, wie beispielsweise der Anzahl der Kinder im Haushalt, dem Alter der Kinder und der konkreten Situation. Weitere Informationen auf der Website der FAMIFED. Um diese Beihilfe zu erhalten, wenden Sie sich an Ihre Familienbeihilfekasse.

Auch Behinderte haben Anspruch auf Sozialleistungen und steuerliche Vergünstigungen, z. B.:

- Steuerermäßigung;
- Zugang zum sozialen Wohnungsbau;
- Parkausweis für Behinderte.

Weitere Informationen zu den Sozialleistungen und steuerlichen Vergünstigungen für Behinderte finden Sie auf der Website des FÖD Soziale Sicherheit [FÖD Soziale Sicherheit](http://handicap.belgium.be/de/index.htm) und auf der Website <http://handicap.belgium.be/de/index.htm>.

Garantierte Familienleistungen:

Voraussetzung hierfür ist, dass Sie ein Eingliederungseinkommen oder die EGB beziehen oder nur geringe Einkünfte haben.

Die garantierten Familienleistungen werden nur gewährt, wenn das Einkommen des Haushalts pro Quartal unter 4 062,82 € für einen Haushalt mit einem Kind, plus 20% pro Kind ab dem zweiten Kind, liegt.

Fachsprache übersetzt

- **BUB:** Beihilfe zur Unterstützung von Betagten. Sie ist Teil der Beihilfen für Behinderte und wird Menschen ab 65 Jahren gewährt.

- **EB:** Eingliederungsbeihilfe. Dient der Unterstützung Behinderter, damit diese die Kosten für Verbesserungen in ihrem Alltag (motorisierter Rollstuhl, Sonderausrüstungen etc.) bewältigen können.
- **BEE:** Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens.
- **EGB:** Einkommensgarantie für Betagte.
- **FPD:** Föderaler Pensionsdienst.

Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte können Arbeitslosenleistungen beziehen, wenn sie die Bewilligungsbedingungen erfüllen.

Jugendliche, die nach ihrer Berufsausbildung keine Beschäftigung finden, haben unter bestimmten Bedingungen Anspruch auf eine als Eingliederungszulage bezeichnete Pauschalleistung, deren Höhe von ihrer familiären Lage und ihrem Alter abhängt. Die Zulage ist auf drei Jahre begrenzt.

Es gibt keine Arbeitslosenversicherung für Selbständige, mit Ausnahme einer Beihilfe im Falle einer Insolvenz, die nicht von der Arbeitslosenversicherung gezahlt wird. Diese Beihilfe muss bei der Sozialversicherungskasse des Arbeitnehmers beantragt werden.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Um Arbeitslosengeld beziehen zu können, müssen Sie folgende Bedingungen erfüllen:

- Sie müssen während eines bestimmten, von Ihrem Alter abhängigen Zeitraums (21 bis 42 Monate) eine Mindestzahl von Tagen (zwischen 312 und 624) gearbeitet haben;
- Sie haben aufgrund von Umständen, auf die Sie keinen Einfluss hatten, Ihre Vergütung und eine Vollzeitbeschäftigung verloren;
- Sie sind arbeitsfähig und für den Arbeitsmarkt verfügbar;
- Sie sind als Arbeitsuchender bei der zuständigen regionalen Dienststelle für Arbeitsvermittlung (FOREM, Actiris oder VDAB) gemeldet und bereit, eine angemessene Arbeitsstelle oder eine vorgeschlagene Ausbildung zu akzeptieren;
- Sie suchen selbst aktiv eine Arbeitsstelle und arbeiten mit dem Amt für Arbeitsbeschaffung bei seinen Betreuungsmaßnahmen und den von ihm vorgeschlagenen Ausbildungen zusammen. Einzelgespräche dienen dazu, Ihre Bemühungen um Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt einzuschätzen. Werden Ihre Bemühungen als unzureichend erachtet, kann die Zahlung der Leistungen ausgesetzt werden;
- Sie haben das Ruhestandsalter (65 Jahre) nicht erreicht;
- Ihr gewöhnlicher Wohnsitz muss sich in Belgien befinden.

Das System der Arbeitslosigkeit mit Betriebsprämie ermöglicht es bestimmten Arbeitnehmern, ergänzend zum Arbeitslosengeld eine Entschädigung zu beziehen. Um dieses System in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie:

- 60 Jahre alt sein;
- entlassen worden sein;
- Anspruch auf Arbeitslosenleistungen haben;
- den Arbeitsmarkt verlassen.

Weitere Informationen zum Thema Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag finden Sie auf der [LfA-Website](#).

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Arbeitslosengeld wird mit Ausnahme des Sonntags für jeden Wochentag gewährt.

Den Antrag auf Arbeitslosenleistungen müssen Sie bei Ihrer Gewerkschaft oder der Hilfskasse für die Auszahlung des Arbeitslosengeldes (HfA) stellen.

Dauer der Leistung

Die Bezugsdauer von Arbeitslosenunterstützung in der Arbeitslosigkeit ist im Prinzip unbegrenzt. Die Höhe des Arbeitslosengeldes sinkt jedoch schrittweise (Degressivität) abhängig von der Dauer der Arbeitslosigkeit und Berufslaufbahn als Arbeitnehmer. Die derzeitige Mindesthöhe bleibt aber gewährleistet. Darüber hinaus sind Sie verpflichtet, tatsächlich nach einer Arbeitsstelle zu suchen und ggf. einen mit Ihnen erarbeiteten Maßnahmenplan vorzulegen; anderenfalls wird Ihr Arbeitslosengeld gekürzt oder vorübergehend ausgesetzt.

Höhe der Leistung

Die Höhe der Leistung hängt ab:

- von der Höhe der letzten erhaltenen Vergütung (höchstens 2 547,39 € pro Monat);
- von der familiären Lage (Zusammenwohnender mit unterhaltsberechtigter Familie, alleinstehend, Zusammenwohnender ohne Familienlast) ab dem zweiten Arbeitslosenjahr;
- von der Dauer Ihrer Berufstätigkeit vor Ihrer Arbeitslosigkeit;
- von der Dauer des seit Ihrer Meldung als Arbeitsloser vergangenen Zeitraums. Für das erste Jahr (3 + 3 + 6 Monate):

Höhe des zuletzt erhaltenen Arbeitsentgelts

Erste 3 Monate der Arbeitslosigkeit 65%

Nächste 3 Monate 60%

Nächste 6 Monate 60%

Die Degressivität des Arbeitslosengelds gilt nicht für Personen, die:

- eine lange Berufstätigkeit nachweisen können (mindestens 25 Jahre);
- mindestens 55 Jahre alt sind;
- eine bleibende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 33% aufweisen.

Arbeitnehmer über 55 Jahre beziehen ab dem zweiten Jahr der Arbeitslosigkeit unter bestimmten Bedingungen einen sogenannten Alterszuschlag. Der Leistungsempfänger muss insbesondere 20 Jahre Beschäftigung als Arbeitnehmer nachweisen. Die Höhe des Alterszuschlags richtet sich nach der familiären Lage und dem Alter des Antragstellers.

Zulage zur Gewährleistung des Einkommens (ZGE)

Wenn Sie als Vollarbeitsloser eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen, erhalten Sie unter bestimmten Bedingungen zusätzlich zu Ihrem Einkommen eine Zulage. Diese Zulage zur Gewährleistung des Einkommens (ZGE) soll gewährleisten, dass Sie ein Gesamteinkommen haben, das

- mindestens so hoch ist wie Ihr Arbeitslosengeld, wenn Ihre Teilzeitbeschäftigung höchstens eine 1/3-Stelle ist;
- höher als Ihr Arbeitslosengeld ist, wenn Ihre Teilzeitbeschäftigung mehr als eine 1/3-Stelle ist.

Fachsprache übersetzt

- **System der Arbeitslosigkeit mit Betriebsprämie:** ehemaliges Frühpensionssystem, bei dem ältere Arbeitnehmer nach ihrer Entlassung zusätzlich zum Arbeitslosengeld eine Arbeitslosenentschädigung von ihrem früheren Arbeitgeber beziehen können. Dabei handelt es sich nicht um einen Vorruhestand.
- **Landesamt für Arbeitsbeschaffung (LfA):** Als öffentliche Sozialschutzeinrichtung setzt das LfA

das System der Arbeitslosenversicherung und anderer damit verbundener Leistungen sowie beschäftigungsspezifische Maßnahmen um.

- **Zulage zur Gewährleistung des Einkommens (ZGE):** Leistung zusätzlich zu Ihrem Einkommen, wenn Sie eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen.

Gegebenenfalls auszufüllende Formulare

- Die auszufüllenden Formulare finden Sie online auf der [LfA-Website](#).

Umzug ins Ausland

Sozialversicherungsbeiträge des Auslands kombinieren

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Wenn Sie zum Arbeiten in ein anderes Land der Europäischen Union oder in ein anderes Land, für das dieselben Regeln gelten, gehen, zahlen Sie im Allgemeinen Ihre Sozialbeiträge nicht mehr in Belgien, sondern in dem neuen Land, in dem Sie arbeiten.

Wenn Sie in einem anderen Land der Europäischen Union oder in einem anderen Land, für das dieselben Regeln gelten, gelebt, gearbeitet und/oder Sozialversicherungsbeiträge gezahlt haben, besteht die Möglichkeit, die Dauer Ihres Aufenthalts in einem dieser Länder, den Zeitraum, in dem Sie dort gearbeitet haben oder die Beiträge, die sie dort geleistet haben, bei der Berechnung Ihrer Leistungen in Belgien zu berücksichtigen.

Die europäischen Verordnungen garantieren, dass:

- Sie in Belgien dieselben Rechte und Pflichten in Bezug auf die Sozialversicherung haben wie belgische Arbeitnehmer;
- die Zeiträume Ihrer Erwerbstätigkeit und Sozialbeiträge in einem anderen Land und in Belgien berücksichtigt werden, sodass Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen in Belgien besteht;
- Sie unter bestimmten Bedingungen Sozialversicherungsleistungen Ihres Herkunftslandes erhalten, wenn Sie in Belgien Ihren Wohnsitz haben;
- die Zeiträume Ihrer Erwerbstätigkeit in anderen Ländern addiert werden, damit Sie Sozialversicherungsleistungen in Anspruch nehmen können, und um den Betrag in Belgien zu berechnen, beispielsweise für Rentenleistungen.

Welche Bedingungen muss ich erfüllen?

Die Verordnungen sehen Anwendungsmodalitäten für die Bewilligung von Sozialversicherungsleistungen vor. Dabei handelt es sich um folgende Leistungen:

- Familienbeihilfen;
- Geld- und Sachleistungen bei Krankheit;
- Krankengeld (einschließlich Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft);
- Leistungen bei Invalidität;
- Leistungen bei Arbeitsunfällen;
- Leistungen bei Berufskrankheiten;
- Leistungen bei Arbeitslosigkeit;
- Alterspensionen;
- Hinterbliebenenpensionen.

Auf welche Leistungen habe ich Anspruch und wie kann ich sie beantragen?

Wenn Sie in einem anderen Land des Europäischen Wirtschaftsraums oder in der Schweiz

gearbeitet haben und nach Belgien (zurück)kommen, müssen Sie:

- Als Nachweis Ihres Beitrags zur Krankenversicherung das Formular E104 und U1 vorlegen, das Sie bei Ihrer Sozialversicherungskasse im Herkunftsland erhalten. Überprüfen Sie dort, ob Sie wirklich alle erforderlichen Unterlagen besitzen.

Wenn Sie in einem anderen Land des EWR oder in der Schweiz Arbeitslosengeld beziehen, können Sie diese Beihilfen mit nach Belgien nehmen, um dort Arbeit zu suchen. Sie müssen das Formular U2 ausfüllen.

Wenn Sie Ihre Sozialversicherungskasse in Belgien kontaktieren, um Sozialleistungen zu erhalten, müssen Sie Folgendes angeben:

- das Land, in dem Sie gearbeitet haben;
- Namen und Adresse Ihres Arbeitgebers vor Ort;
- Zeitraum, in dem Sie dort gearbeitet haben;
- Ihre Sozialversicherungsnummer.

Fachsprache übersetzt

- **Formular E104:** Bescheinigung über die Zusammenrechnung von Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Wohnzeiten. In diesem Dokument werden die auf dem Gebiet eines Mitgliedstaates verbrachten Versicherungszeiten zusammengefasst. Es wird von der Einrichtung eines neuen Beschäftigungsstaates verwendet, um für einen Arbeitnehmer einen Anspruch auf Leistungen in den Bereichen Krankheit, Mutterschaft und Todesfall (Beihilfen) zu begründen, wenn dieser eine Tätigkeit in einem Staat beginnt und dessen Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen nicht erfüllt.
- **Formular U1:** Für die Bewilligung von Leistungen bei Arbeitslosigkeit zu berücksichtigende Zeiträume. Es ist für Arbeitslose bestimmt, die Leistungen in einem Mitgliedstaat beantragen, nachdem sie in einem anderen Mitgliedstaat gearbeitet haben.
- **Formular U2:** Erhalt von Leistungen bei Arbeitslosigkeit. Dieses Formular wird für Arbeitslose ausgestellt, die beantragen, ihren Wohnsitz auf das Gebiet eines anderen Mitgliedstaates zu verlegen, um dort Arbeit zu suchen.
- **EWR:** Europäischer Wirtschaftsraum. Die 28 EU-Mitgliedstaaten ohne Kroatien plus Norwegen, Island und Liechtenstein.

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

Hauptwohnsitz

Wann habe ich Anspruch auf Leistungen?

Der Hauptwohnsitz ist der Ort, an dem Sie gewöhnlich leben, alleine oder in einem gemeinsamen Haushalt.

Bestimmung des Hauptwohnsitzes

Die Bestimmung des Hauptwohnsitzes basiert auf den tatsächlichen Verhältnissen. Es handelt sich somit um den Ort, an dem Sie tatsächlich während des größten Teils des Jahres wohnen.

Diese Feststellung erfolgt anhand mehrerer Elemente, v. a.:

- der Ort, an den Sie sich nach Ihrer beruflichen Tätigkeit begeben;
- der Ort des Schulbesuchs der Kinder;
- Energieverbrauch und Telefonkosten;
- gewöhnlicher Aufenthalt des Partners/der Partnerin oder anderer Familienmitglieder.

Die von einer Person geäußerte Absichtserklärung, den Hauptwohnsitz an einen bestimmten Ort zu verlegen, allein ist nicht ausreichend. Man muss dort auch tatsächlich wohnen.

Die Feststellung des Hauptwohnsitzes

Die Feststellung des Hauptwohnsitzes erfolgt nach Prüfung. Die Gemeindeverwaltung legt deren Modalitäten fest. Im Allgemeinen besteht sie aus einem Besuch eines Revierbediensteten, bei dem geprüft werden soll, ob Sie tatsächlich an der angegebenen Adresse wohnen.

Folgen der Feststellung

Wenn sich Ihr Hauptwohnsitz in einer bestimmten Gemeinde befindet und sich nach Prüfung herausstellt, dass es sich um den tatsächlichen Wohnsitz handelt, werden Sie in das Bevölkerungsregister dieser Gemeinde eingetragen.

Allgemein gilt: Sie müssen Ihren Hauptwohnsitz in Belgien haben, um in diesem Land Sozialleistungen erhalten zu können.