



Tour du Midi - Esplanade de l'Europe 1

1060 BRÜSSEL

Tel.: (02) 529.39.73 • info@ksd.fgov.be

Bei jedem Antrag in
Großbuchstaben auszufüllen

- ☐ **Einkommen: aktuelle Gehaltsabrechnungen** des gesamten Haushalts / Kontoauszug der Rente
- ☐ **Arbeitslosen- oder Krankenkassenbescheinigungs** für den gesamten Haushalt
- ☐ **Kindergeld:** namentliche Bescheinigung oder Kontoauszug
- ☐ **Einmal jährlich: Kopie der Steuerbescheide** des gesamten Haushalts
- ☐ **Im Falle einer Trennung mit Kind(ern):** Kopie des Urteils
- ☐ **Unterhaltszahlungen:** Kontoauszug
- ☐ **Arbeitsunfall oder Berufskrankheit:** Entscheidung + Kontoauszug
- ☐ **Eingliederungsbeihilfe oder Ersatzeinkommen:** Entscheidung + Kontoauszug
- ☐ **Bescheinigung über die Anerkennung einer Behinderung oder Invalidität durch die Krankenkasse**
- ☐ **Weitere finanzielle Einnahmen:** Kontoauszug (Mieteinnahmen, soziale Zulagen usw.)

Haben Sie einen **Schuldenvermittlungsdienst** in Anspruch genommen oder befinden Sie sich in einem kollektiven Schuldenregelungsverfahren? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte geben Sie die Kontaktdaten des Vermittlers an:

Name⁽¹⁾: Vorname:

Nationalregisternummer: |||

Geburtsdatum: ||

Anschrift • Straße: Nr./Briefkastens:

Postleitzahl: Ort:

Tel: E-Mail :

Kontonummer: IBAN-Code: B E |||

BIC-Code: |

(1) Eine verheiratete Frau gibt ihren Mädchennamen an.

Bei einem Auslandskonto ausfüllen

Bezeichnung der Verwaltung:

Datum des Dienstantritts:

Datum des Ausscheidens:
(Obligatorisch bei befristeten Verträgen oder Verträgen gemäß Artikel 60)

Arbeitnehmer(in): ☐ Aktiv ☐ Pensioniert

Funktion: ☐ Angestellte(r) ☐ Arbeiter(in)

Status: ☐ Ernannt ☐ unbefristeter Vertrag ☐ befristeter Vertrag ☐ Artikel 60

Arbeitszeit: ☐ Vollzeit ☐ Halbzeit ☐ 4/5

Waren Sie in den letzten 18 Monaten länger als 1 Monat krank? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte Zeitraum angeben: vom: bis

4. HAUSHALTSZUSAMMENSETZUNG

PARTNER					
Name	Vorname	Geburtsdatum	Arbeitgeber	Behinderung oder Invalidität	Pensioniert
				☐	☐

KINDER IM HAUSHALT							
Name	Vorname	Geburtsdatum	Alternie- rendes Sorgerecht	Kinder- zulagen	Eigene Einkünfte	Student	Behin- derung
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

ANDERE SAMENWONENDEN IN HET GEZIN					
Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Eigene Einkünfte	Behin- derung
				☐	☐
				☐	☐

5. VERSICHERUNGEN UND KRANKENKASSE

● Bij welk **ziekenfonds** bent u aangesloten?

● Haben Sie eine **Krankenhauszusatzversicherung** abgeschlossen? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, Name der Einrichtung: Begünstigte:

 Wurden Sie in den letzten 18 Monaten hospitalisiert? ☐ Ja ☐ Nein

● Haben Sie eine ambulante **Zusatzversicherung** abgeschlossen? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, Name der Einrichtung: Begünstigte:

 ● Haben Sie eine **Zahnpflegeversicherung** abgeschlossen? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, Name der Einrichtung: Begünstigte:

Ich, der/die Unterzeichnete: Name :
 Vorname :

erkläre ehrenwörtlich, dass die Angaben in diesem Formular wahrheitsgemäß und vollständig sind.

In am

Die in diesem Formular enthaltenen Angaben werden erfasst, um Ihren Anspruch als Begünstigter des KSD festzustellen und eine mögliche finanzielle Unterstützung zu bestimmen. Unsere Politik zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten basiert auf der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (auch bekannt als DSGVO) Zur Einsichtnahme oder Berichtigung Ihrer Daten wenden Sie sich bitte an den KSD.

Unterschrift
