

# Die Sozialbeihilfen des Kollektiven Sozialdienstes



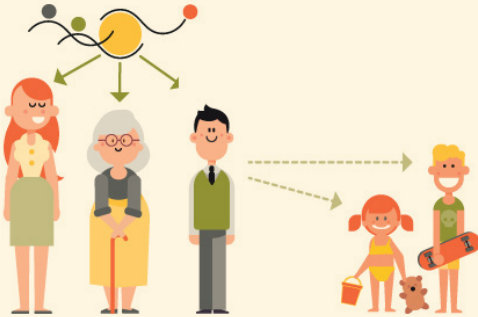
Der Kollektive Sozialdienst beteiligt sich teilweise und unter bestimmten Bedingungen an Ihren Gesundheitskosten. Das kann punktuelle Kosten infolge einer Krankheit oder eines Unfalls oder wegen regelmäßiger und wiederkehrender Behandlungen betreffen. Die Qualität unseres Dienstes liegt in der **Vertraulichkeit.**

---

**Sehr geehrte Anspruchsberechtigte,**

**Ihre Verwaltung ist Mitglied beim Kollektiven Sozialdienst (KSD).**

**Als Personalmitglied können Sie unsere Dienste in Anspruch nehmen und bestimmte Vorteile genießen.**



## Wer kann sich an den KSD wenden?

- Jede Person, die durch Vertrag oder als statutarisches Personal einer angeschlossenen Verwaltung angehört, sofern der Arbeitgeber den Arbeitnehmeranteil zahlt
- Die unterhaltsberechtigten Personen eines Arbeitnehmers, die im gleichen Haushalt wohnen, wie:
  - die Kinder mit Kinderzulagen oder ohne Einkommen
  - die Kinder/Stiefkinder, die abwechselnd auf der Grundlage einer Vereinbarung oder eines Urteils abwechselnd betreut werden
  - der Ehegatte, der unter steuerlichen Gesichtspunkten als unterhaltsberechtigter gilt
- Die Pensionsbezieher, die bereits vor Beginn ihrer Pension Anspruchsberechtigte waren (mit Ausnahme der Vertragsbediensteten), die mindestens 10 Jahre Dienst in der angeschlossenen Verwaltung nachweisen).
- Die in Disponibilität gestellten Arbeitnehmer.
- Die Vertragsbediensteten während des ersten Jahres der Arbeitsunfähigkeit
- Die Witwe oder der Witwer des/der Anspruchsberechtigten, die/der eine Hinterbliebenenpension bezieht (und sofern ihr/sein eventuelles zusätzliches Einkommen nicht einen bestimmten, vom geschäftsführenden Ausschuss des KSD definierten Betrag übersteigt)
- Die Waisen des Haushalts eines Anspruchsberechtigten (sofern immer noch Kinderzulagen bezogen werden).

**! Wenn Sie oder eines der Mitglieder Ihres Haushalts behindert oder mehr als 66 % invalide sind, fügen Sie Ihrem Antrag bitte eine Kopie der offiziellen Bescheinigung bei. Dies hat einen Einfluss auf die Berechnung der Beihilfe.**

---



## Die medizinischen und pharmazeutischen Kosten

### DIESE KOSTEN KÖNNEN BETREFFEN:

- Die Konsultation bei einem Allgemeinmediziner oder Facharzt
- Die verschriebenen Medikamente
- Die Rechnungen von Labors oder Polikliniken
- Die Konsultationen bei Logopäden, Heilgymnasten, Psychologen, Osteopathen, Diätassistenten, ...

### BEDINGUNGEN UND BERECHNUNG DER BEIHILFE:

- Berechnung auf der Grundlage der Einkünfte des Haushalts und der Zusammensetzung des Haushalts
- Berechnung entsprechend der Höhe der zu Ihren Lasten verbleibenden Kosten (Selbstbeteiligung)
- Um eine Beihilfe beanspruchen zu können, müssen Sie für drei aufeinanderfolgende Monate ein Minimum an Kosten kumulieren.



### VORZULEGENDE DOKUMENTE:

- Das auf unserer Informationsformular (in der Mitte der Broschüre heraustrennbar); fügen Sie bitte die angeforderten Nachweise bei
- Die Aufstellung Ihrer Apotheke über die verschriebenen Medikamente (! die BVAC-Bescheinigungen werden nicht akzeptiert)
- Die Rechnungsbelege oder der Ausdruck der Krankenkasse
- Die detaillierten Rechnungen
- Die Rechnungsbelege bei bezahlten Zuzahlungen bei Sprechstunden.



# Die Kosten für Krankenhausaufenthalt

Die Kosten für Krankenhausaufenthalt stellen nicht zu vernachlässigende Ausgaben dar.

Der KSD kann unter bestimmten Voraussetzungen teilweise Beihilfe zu diesen Kosten leisten.

**Wenn Sie eine Krankenzusatzversicherung haben, ist der Antrag zunächst bei diesem Träger zu stellen. Der KSD tritt nicht an die Stelle der Versicherungen und bleibt ein Dienst in zweiter Reihe.**

## DIESE KOSTEN KÖNNEN BETREFFEN:

- Die Krankenhausrechnung (unser Dienst leistet grundsätzlich keine Beihilfe für Zuzahlungen in Verbindung mit Einzelzimmern)
- Die Rechnungen für "Erholungskuren" oder Genesungskuren, die durch ärztliches Rezept begründet werden
- Die peripheren Kosten: Familienhilfen bei Rückkehr nach Hause, besonders hohe Kosten für Fahrten, Mieten medizinischen Materials für die Rückkehr nach Hause, ...
- Krankenwagenkosten. **Ausnahme:** für Krankenhausaufenthalte in Verbindung mit Schönheitsoperationen leisten wir keine Beihilfe.

## BEDINGUNGEN UND BERECHNUNG DER BEIHILFE:

- Die Beihilfe wird auf der Grundlage eines Prozentsatzes des Betrags zu Ihren Lasten berechnet
- Der Prozentsatz der Beihilfe hängt von Ihrer finanziellen und familiären Situation ab.
- Die Beihilfe ist nach oben begrenzt
- Die Rechnung muss uns innerhalb von 18 Monaten ab dem Krankenhausaufenthalt vorgelegt werden.



## VORZULEGENDE DOKUMENTE:

- Das auf unserer Informationsformular (in der Mitte der Broschüre heraustrennbar); fügen Sie bitte die angeforderten Nachweis bei
- Die vollständige Originalrechnung (alle Seiten) über Ihren Krankenhausaufenthalt, wenn Sie keine Versicherung haben
- Eine Kopie der Rechnung sowie die detaillierte Abrechnung Ihrer Versicherung, wenn die Leistungen oder das Material davon ausgenommen sind.



## B. EINKOMMEN UND AUSGABEN ALLER MITGLIEDER DES HAUSHALTS

### 4. MONATLICHE EINKÜNFTE - Bitte geben Sie die genaue Summe an, ohne abzurunden

<b>des Antragstellers:</b>	.....	€/Monat
- Nettogehalt ( <b>bitte eine Kopie des letzten Gehaltszettels beifügen</b> ):	.....	€/Monat
- Andere Einkünfte ( <b>bitte eine Bescheinigung oder ein Auszug beifügen</b> ): <small>(bitte erklären: Arbeitsunfall, Krankenkasse, zusätzliche Arbeitslosenunterstützung, ...)</small>	.....	€/Monat
<b>Ihres Ehepartners oder der ihm gleichgestellten Person?</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN      Wenn ja, welche <b>Bitte fügen Sie als Selbständige den letzten Steuerbescheid und als Arbeitnehmer eine Kopie der letzten Gehaltsabrechnung bei.</b>	.....	€/Monat
.....	.....	€/Monat
<b>Kinderzulagen:</b>	.....	€/Monat
<b>Unterhaltsbeihilfe</b> (+ Name Kinder):	.....	€/Monat
.....	.....	€/Monat
<b>Kinder mit eigenen Einkünften</b> (welche?):	.....	€/Monat
.....	.....	€/Monat
<b>Haben Sie andere Einkommen?</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN      Wenn ja, tragen Sie die Art der Einkommen und deren Betrag ein: <small>(z.B.: Einkommen durch Mieten, andere Soziale Zulagen, usw.)</small>	.....	€/Monat
.....	.....	€/Monat
.....	.....	€/Monat
<b>GESAMTSUMME:</b>		€/Monat

### 5. MONATLICHE AUSGABEN DES HAUSHALTS

<b>Wohnung:</b>	.....	€/Monat
<input type="checkbox"/> Mieten	(Art): ..... von <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	€/Monat
<input type="checkbox"/> Hypothekendarlehens	(Art): ..... von <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	€/Monat
<input type="checkbox"/> Immobiliensteuervorabzug	(Art): ..... von <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	€/Monat
<b>Lasten:</b>	.....	€/Monat
<input type="checkbox"/> Wasser	(Art): ..... von <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	€/Monat
<input type="checkbox"/> .....	(Art): ..... von <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	€/Monat

- Gas/Elektrizität ..... €/Monat
- Heizung ..... €/Monat
- Andere Ausgaben:** .....
- Unterhaltsleistung** ..... €/Monat
- Kommunikation:** .....
- Telefon (Festnetz/Handy) ..... €/Monat
- Internet/Fernsehen ..... €/Monat
- Bereinigung der Schulden** ..... €/Monat

bis  /  /  /  /

**GESAMTSUMME:** ..... €/Monat

### C. VERSICHERUNGEN

#### 6. 'RÜCKZAHLUNG DER KRANKENHAUSAUFENTHALTSKOSTEN' - 'ZAHNVERSICHERUNG'

- Rückzahlung der Krankenhausaufenthaltskosten oder andere?**

Wenn ja, Name der Einrichtung: ..... Anspruchsberechtigte: .....  JA  NEIN

- Eine zusätzliche Zahnversicherung?**

Wenn ja, Name der Einrichtung: ..... Anspruchsberechtigte: .....  JA  NEIN

Wenn für einen Antrag Rückzahlungen erfolgt sind, **fügen Sie eine Kopie des Beschlusses (der Beschlüsse) bei.**

**Der / die Unterzeichnete: Name:** ..... **Vorname:** .....

**erklärt dass die oben gemachten Angaben nach bestem Gewissen richtig und vollständig sind.**

ZU ..... den  /  /

**Unterschrift**

Die in dieses Formular einzutragenden Daten werden erhoben für die Bestätigung Ihrer Eigenschaft als Begünstigte des KSD und für die Bestimmung einer eventuellen finanziellen Beteiligung. Unsere Politik in Bezug auf den Schutz des Menschen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten stützt sich auf die europäische Datenschutz-Grundverordnung Nr. 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016, auch bekannt unter der Abkürzung DSGVO. Für Zugang zu Ihren Daten oder das Korrigieren davon wenden Sie sich an den KSD über die allgemeine E-Mail-Adresse.

**Statut** (Nichtzutreffendes bitte streichen): ehmann / zeitweilig angestellt / bezuschusstes Vertragspersonal

Wenn es sich um befristete Dauer handelt, bitte Art des Vertrags und das Anfangs- und Enddatum eintragen:

..... von  /  /  bis  /  /

**Arbeitszeitregelung** (Vollzeit-, Halbtzeitbeschäftigung, Anzahl Stunden pro Monat, usw.): .....

Im länger andauerndem Krankheitsfall bitten wir den nicht festangestellten Arbeitnehmer, das Datum einzutragen, ab dem er/sie

Krankengeld erhält: ab:  /  /  /

### 3. ZUSAMMENSETZUNG DES HAUSHALTS

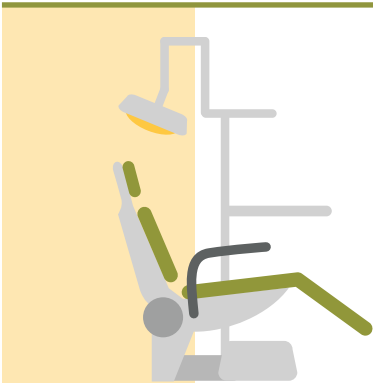
Name	Vorname	Geburtsdatum	Status im Haushalt und Beruf <sup>(2)</sup>
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

(2) Wenn Sie selbst oder ein Familienmitglied behindert sind, **müssen Sie dem Antrag eine Abschrift ihrer offiziellen Bescheinigung Ihrer Behinderung hinzufügen.**

Haben Sie einen Schuldenvermittlungsdienst um Hilfe angerufen oder ist ein Verfahren zur kollektiven Schuldenregelung schon eingeleitet worden?  JA  NEIN

Wenn ja, füllen Sie die Angaben über den Schuldenvermittler aus: .....





## Die Kosten für Zahnbehandlungen

Wenn Sie eine Zahnversicherung abgeschlossen haben, senden Sie Ihren Antrag bitte zunächst an Ihre Versicherungsgesellschaft.

### DIESE KOSTEN KÖNNEN BETREFFEN:

- Die kieferorthopädischen Behandlungen mit oder ohne Erstattung des LIKIV
- Das Einsetzen von Zahnprothesen und/oder -implantaten
- Die Heil- und/oder prophylaktischen Zahnbehandlungen
- Die Parodontologie, ...

### BEDINGUNGEN UND BERECHNUNG DER BEIHILFE:

- Der Prozentsatz der Beihilfe hängt von Ihrer finanziellen und familiären Situation ab.
- Die Beihilfe ist nach oben begrenzt.
- Die Rechnung muss uns innerhalb von 18 Monaten ab Entstehung der Kosten vorgelegt werden.



### VORZULEGENDE DOKUMENTE:

- Das auf unserer Informationsformular (in der Mitte der Broschüre heraustrennbar); fügen Sie bitte die angeforderten Nachweis bei
- Die vollständige und detaillierte Rechnung
- Die Rechnungsbelege der Krankenkasse
- Die Abrechnung Ihrer Zahnversicherung.



## Die Kosten für Brillen oder medizinisches Material

Der KSD kann sich an den Kosten für medizinisches Material oder Brillen beteiligen. Unabhängig davon, ob das LIKIV eine Beihilfe zahlt oder nicht.

### DIESE KOSTEN KÖNNEN BETREFFEN:

- Brillen, Kontaktlinsen
- Hörprothesen
- Orthopädische Einlagen
- Das Mieten oder den Kauf eines Krankenbetts, von Gehhilfen, ...

### BEDINGUNGEN UND BERECHNUNG DER BEIHILFE:

- Die Beihilfe wird auf der Grundlage eines Prozentsatzes des Betrags zu Ihren Lasten berechnet.
- Der Prozentsatz der Beihilfe hängt von Ihrer finanziellen und familiären Situation ab.
- Die Beihilfe ist nach oben begrenzt.
- Die Rechnung muss uns innerhalb von 18 Monaten ab Entstehung der Kosten vorgelegt werden
- Die Kosten müssen Gegenstand eines ärztlichen Rezepts sein.



### VORZULEGENDE DOKUMENTE:

- Das auf unserer Informationsformular (in der Mitte der Broschüre heraustrennbar); fügen Sie bitte die angeforderten Nachweise bei
- Die detaillierte Originalrechnung
- Die Rechnungsbelege der Krankenkasse
- Das ärztliche Rezept (außer für den Kauf einer Brille).



## Die sonstigen Kosten

Die Liste unserer Beihilfen im Gesundheitsbereich ist nicht begrenzt. Neben den oben dargelegten Kosten kann unser Dienst auch Beihilfen bei sonstigen Kosten gewähren. Zum Beispiel bei Kosten für Ambulanz, Genesung, Familienhilfe oder Haushaltshilfe.

### ABER AUCH:

- Fahrtkosten: Ihr Gesundheitszustand macht viele Fahrten zu Krankenhäusern oder auch Fachärzten erforderlich. Diese Fahrten erhöhen die Kosten für Benzin, öffentliche Verkehrsmittel oder Taxi.
- Kuren zur Tabakentwöhnung
- Kosten für den Umbau der Wohnung in Verbindung mit einer Behinderung
- Kosten für In-vitro-Fertilisation (IVF)
- ...

### BEDINGUNGEN UND BERECHNUNG DER BEIHILFE:

- Die Beihilfe wird auf der Grundlage eines Prozentsatzes des Betrags zu Ihren Lasten berechnet und hat eine Höchstgrenze.
- Der Prozentsatz der Beihilfe hängt von Ihrer finanziellen und familiären Situation ab.
- Bestimmte Beihilfen werden auf der Basis eines begründeten und anonymen Berichts unserem geschäftsführenden Ausschuss vorgelegt.
- Die Rechnung muss uns innerhalb von 18 Monaten ab Entstehung der Kosten vorgelegt werden.

**Die Leistungen müssen medizinisch erforderlich sein.**



### VORZULEGENDE DOKUMENTE:

- Das auf unserer Informationsformular (in der Mitte der Broschüre heraustrennbar); fügen Sie bitte die angeforderten Nachweise bei
- Die vollständige Rechnung oder die erforderlichen Nachweise
- Die Rechnungsbelege der Krankenkasse bei Erstattung
- Das ärztliche Rezept
- Eine Liste Ihrer Fahrten
- ...

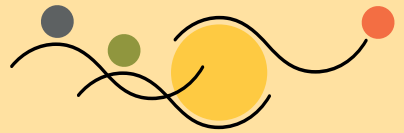
# Die Beihilfen in außergewöhnlichen Umständen

(unterliegen den Bedingungen gemäß den Tabellen und werden entsprechend der finanziellen und familiären Situation berechnet)

Eine Lohnpfändung? Eine unvorhergesehene Rechnung? Eine Arbeitsunfähigkeit?  
Eine Trennung? Eine Minderung der Einkünfte in Ihrem Haushalt? Schulden?  
Ein Todesfall?

So viele Situationen können soziale und finanzielle Schwierigkeiten auslösen.  
Unser Team aus Sozialarbeiter ist da, um Ihnen Wege aufzuweisen, Sie zu beraten  
und Auswege mit Ihnen zu finden.

## AN WEN MÜSSEN SIE SICH WENDEN?



**SIE MÖCHTEN EINEN ANTRAG STELLEN ODER EINFACH WISSEN,  
OB SIE DIE VORAUSSETZUNGEN ERFÜLLEN?**

- **Übersenden Sie uns das von Ihnen ausgefüllte Informationsformular**
- **Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Sozialarbeiterin per E-Mail oder telefonisch (siehe die Seite "Kontakt" auf unserer Internetseite)**
- **Sie können Ihre Sozialarbeiterin auch treffen**
  - bei einem Sprechtag (siehe Internetseite)
  - auf der Basis eines Termins bei Ihnen zu Hause oder an Ihrem Arbeitsplatz.

**Ihre Sozialarbeiterin**  
Linda Boiten



**Tel. 02/529 36 48 ● Handy 0473/63 72 61**  
**[linda.boiten@ksd.fgov.be](mailto:linda.boiten@ksd.fgov.be)**

Ihre Sozialarbeiterin  
Ihört Ihnen zu und  
informiert Sie.  
Sie kann Ihnen  
Ratschläge erteilen  
und Ihnen bei bestimmten  
Verfahren helfen.

Kollektiver Sozialdienst  
Tour du Midi  
Esplanade de l'Europe, 1  
1060 Brüssel

**[www.ksd.fgov.be](http://www.ksd.fgov.be)**