



Öffnungszeiten

Besuch nur nach telefonischer Vereinbarung

Montag - Donnerstag:
von 8U30 bis 12U · von 13U bis 17U

Freitag:
von 8U30 bis 12U · von 13U bis 16U

Unsere Website

www.nationale-hilfskasse.be

Antragsformular zur Befreiung von Sozialbeiträgen als Selbständiger

Artikel 17 des Königlichen Erlasses Nr. 38 vom 27. Juli 1967 zur Einführung des Sozialstatuts der Selbständigen

Dieses Formular bitte ausfüllen, datieren, unterzeichnen und mit allen Beweisstücken per Einschreiben zurücksenden oder per Antrag vor Ort in unseren Büros hinterlegen. Ohne Beweisstücke kann Ihr Antrag nicht in Betracht gezogen werden. Nach der Hinterlegung oder Zusendung dieses Antrags auf Befreiung können Sie keine Beweisstücke mehr einreichen.

Die Beantwortung jeder Frage oder Rubrik ist obligatorisch.

Teil 1 : Angaben über den Antragsteller

Überprüfen Sie die vorausgefüllten Angaben sorgfältig. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn diese Angaben nicht korrekt sind.

Identitätsangaben des Antragstellers

Nationalregisternummer (sehen Sie Ihren Personalausweis): |_|_|· |_|_|· |_|_| - |_|_|_|· |_|_|

Name:

Vorname :

Adresse

Straße..... Nr. Briefkasten

Postleitzahl..... Ort

Aktuelle selbständige Berufstätigkeit(en):

.....

Eintragungsnummer bei der ZDU (Zentrale Datenbank der Unternehmen) des / der Unternehmen in dem/ in denen Sie tätiger Teilhaber sind:

.....

.....

Kontaktdaten des Antragstellers

E-Mail-Adresse

T +.. /..... M +.. /.....

Eigenschaft des Antragstellers

Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an.

- Ich bin Selbständiger und beantrage die Befreiung von meinen Sozialbeiträgen.
- Ich bin ein geholfener Selbständiger und beantrage die Befreiung von meinen Sozialbeiträgen.

Nationalregisternummer des Helfer(s):

|_|_|· |_|_|· |_|_| - |_|_|_|· |_|_| - |_|_|· |_|_|· |_|_| - |_|_|_|· |_|_|

Oder Name und Vorname des Helfers



-

 Ich bin Erbe eines verstorbenen Selbständigen und beantrage bei der NHK die Befreiung von den Sozialbeiträgen, die er noch schuldet.

Kontaktdaten des verstorbenen Selbständigen:

Name:..... Vorname:

Nationalregisternummer des Verstorbenen:

|_|_|·|_|_|·|_|_| - |_|_|_|·|_|_|-

Oder Geburtsdatum des Verstorbenen: |_|_|·|_|_|·|_|_| (TT/MM/JJJJ)

- Ich bin ein geholfener Selbständiger und beantrage bei der Sozialversicherungskasse meines Helfers die Befreiung von den Sozialbeiträgen, die er noch schuldet.

Nationalregisternummer des Helfers:

|_|_|·|_|_|·|_|_| - |_|_|_|·|_|_|-

Oder Name und Vorname des Helfer(s) :.....

Teil 2 : Gegenstand des Antrags

Wichtige Bemerkung: die Quartale, für die Sie eine Befreiung erhalten, kommen nicht für die Berechnung Ihrer Pension in Betracht.

Kreuzen Sie bitte das Jahr und die Quartale an. Das LISVS entscheidet nur über die Quartale, die Sie angekreuzt haben.

Ich beantrage die Befreiung für die folgenden geschuldeten Beiträge:

Vorläufige Beiträge

Jahre	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Regularisierungsbeiträge

Jahre	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 3 : Antrag auf Reduzierung der vorläufigen Beiträge

Nur anzukreuzen, wenn Sie eine Befreiung der vorläufigen Beiträge beantragen.

Kreuzen Sie eine der Optionen an (es sei denn, Sie sind Erbe oder Sie sind Selbständiger und beantragen die Befreiung der Beiträge, die durch Ihren Gehilfen geschuldet sind).

- Ich habe bei der NHK einen Antrag auf Reduzierung des zu zahlenden Betrags für ein oder mehrere der angekreuzten Quartale meiner vorläufigen Beiträge eingereicht.
- Ich bin über die Möglichkeit informiert, dass ich bei der NHK einen Antrag auf Reduzierung des zu zahlenden Betrags meiner vorläufigen Beiträge einreichen kann, aber ich habe keinen Antrag auf Reduzierung für die angekreuzten Quartale eingereicht.

Teil 4 : Begründung

Angaben bezüglich Ihrer beruflichen Einkommen und Ausgaben als Selbständiger

1. Berufliche Einkommen und Ausgaben für das laufende Kalenderjahr bis heute. Geben Sie bitte den geschätzten Betrag in der folgenden Tabelle an. **Obligatorisch auszufüllen.**

Berufliche Einkommen und Ausgaben des LAUFENDEN KALENDERJAHRES Geschätzter Betrag (in Euro)	
Betrag Bruttoeinkommen	
Betrag Berufsausgaben	

2. Berufliche Einkommen und Ausgaben des vorherigen Kalenderjahres.

Kreuzen Sie bitte eine der Optionen an.

- Ich füge die folgenden Dokumente bei:
 - die Steuererklärung und/oder der Steuerbescheid in Bezug auf die Steuer der natürlichen Personen.
- Ich gebe den geschätzten Betrag in der folgenden Tabelle an.

Berufliche Einkommen und Ausgaben des VORHERIGEN KALENDERJAHRES Geschätzter Betrag (in Euro)	
Betrag Bruttoeinkommen	
Betrag Berufsausgaben	

Angaben über den Umsatz und die damit verbundenen Kosten des Unternehmens

Kreuzen Sie bitte eine der Optionen an.

- Ich füge die folgenden Dokumente bei:
 - eine Kopie der 4 letzten vierteljährlichen oder der 12 letzten monatlichen MwSt.-Erklärungen meines Unternehmens oder der Gesellschaft(en), in der/denen ich tätig bin.
- Ich fülle die folgenden Tabelle für die letzten 4 Quartale aus.

ZDU-nr.	Jahr/Quartal	Verkäufe, erbrachte Dienstleistungen (siehe Ausgänge auf dem MwSt.-Formular oder betriebliche Erträge in der Ergebnisrechnung)	Betriebskosten wie Käufe und Lasten (siehe Eingänge auf dem MwSt.-Formular oder Kosten in der Ergebnisrechnung)

Außergewöhnliche Umstände vorübergehender Art

Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an und geben Sie die gefragten Angaben an. Wenn Nachweise gefragt werden, fügen Sie diese bitte bei. Wenn Sie dies nicht tun, kann nicht überprüft werden, ob Ihre Begründung gerechtfertigt ist und das LISVS kann den Antrag ablehnen, weil er nicht ausreichend begründet ist.

Außergewöhnliche Umstände vorübergehender Art

Nr.	Beschreibung	Zutreffend
1.	Ich erhalte ein Eingliederungseinkommen während der Quartale des Antrags oder innerhalb von 6 Monaten nach der Einstellung meiner Tätigkeit.	<input type="checkbox"/>
2.	Ich beziehe eine Einkommensgarantie für betagte Personen während der Quartale des Antrags oder innerhalb von 6 Monaten nach der Einstellung meiner Tätigkeit.	<input type="checkbox"/>
3.	Ich bin in Konkurs geraten und habe Schuldenerlass erhalten. Datum des Urteils: Name des zuständigen Handelsgerichts:	<input type="checkbox"/>
4.	Ich bin zu einer kollektiven Schuldenregelung zugelassen. Ich füge die Entscheidung des Gerichts bei, mit der: - ich die Homologierung eines gütlichen Schuldenregelungsplans erhalten hatte oder - mir ein gerichtlicher Schuldenregelungsplan auferlegt wurde oder - diese Entscheidung revidiert oder aufgehoben wurde.	<input type="checkbox"/>
5.	Im Rahmen eines Verfahrens zur gerichtlichen Reorganisation habe ich Aufschub erhalten. Datum des Urteils: Name des zuständigen Handelsgerichts:.....	<input type="checkbox"/>
6.	Ich bin in einer Branche tätig, die vom Minister der Selbständigen als Krisenbranche betrachtet wird. Beschreiben Sie bitte die Branche, in der Sie als Selbständiger tätig sind.	<input type="checkbox"/>

Nr.	Beschreibung	Zutreffend
7.	<p>Mein Bruttoeinkommen und/oder der Umsatz meines Unternehmens oder der Gesellschaft, in der ich tätig bin, sind/ist deutlich zurückgegangen. Geben Sie bitte zusätzliche Erläuterungen über die finanzielle Lage Ihres Unternehmens. Geben Sie bitte die (eventuell noch nicht hinterlegten) Jahresabschlüsse oder eine Bilanz mit den Aktiva und Passiva des letzten Geschäftsjahres und die Ergebnisrechnung, die nicht älter als drei Monate ist.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
8.	<p>Im vorhergehenden Jahr habe ich erhebliche, unvorhergesehene, notwendige berufliche Ausgaben und Lasten gehabt.</p> <p>Beschreiben Sie bitte die Ausgaben oder Lasten und fügen Sie zur Begründung die Rechnungen bei.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
9.	<p>Im vorhergehenden Jahr habe ich erhebliche, notwendige Investitionen oder Kosten getätigt, zum Beispiel Installationskosten, ...</p> <p>Beschreiben Sie bitte die Investitionen und fügen Sie zur Begründung die Rechnungen bei.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
10.	<p>Ich habe ein notwendiges Darlehen für geschäftliche Zwecke aufgenommen. Fügen Sie bitte den Nachweis des Finanzinstituts bei.</p>	<input type="checkbox"/>
11.	<p>Ich folge einem Rückzahlungsplan, der für die Zahlung von Berufsschulden wie MwSt., Steuer der natürlichen Personen, Sozialbeiträge als Selbständiger, oder Sozialbeiträge für Arbeitnehmer, strikt eingehalten wird.</p> <p>Geben Sie den/die Gläubiger und den Betrag der monatlichen Rückzahlung an. Bitte fügen Sie die Nachweise über den/die Rückzahlungsplan/-pläne bei.</p>	<input type="checkbox"/>

Nr.	Beschreibung	Zutreffend
	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
12.	<p>Ich habe Schulden, die Gegenstand eines Zahlungsbefehls, einer Pfändung oder einer Ladung sind.</p> <p>Geben Sie den/die Gläubiger und den Betrag der ausstehenden Forderung(en) an. Fügen Sie die Nachweise bei.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
13.	<p>Trotz meiner Beitreibungsbemühungen kommen einige meiner Kunden ihren Zahlungsverpflichtungen nicht nach.</p> <p>Fügen Sie die Nachweise bei.</p>	<input type="checkbox"/>
14.	<p>Ich wurde als arbeitsunfähig anerkannt und habe eine selbständige Tätigkeit ganz oder teilweise wieder aufgenommen.</p>	<input type="checkbox"/>
15.	<p>Ich wurde von einer Naturkatastrophe getroffen. Zum Beispiel: Erdbeben, landwirtschaftliche Naturkatastrophe, Überschwemmungen, Bodensenkung, Sturmwind, ...</p> <p>Ich füge die Nachweise wie die Dokumente des Versicherungsträgers, Gutachten, Presseartikel und andere nützliche Dokumente bei.</p>	<input type="checkbox"/>
16.	<p>Ich wurde von einem Brand getroffen. Zum Beispiel: Blitzschlag, Explosion, ...</p> <p>Ich füge die Nachweise wie die Dokumente des Versicherungsträgers, Gutachten, Presseartikel und andere nützliche Dokumente bei.</p>	<input type="checkbox"/>
17.	<p>Mein Betriebsgebäude und/oder Betriebsausstattung wurde(n) zerstört. Zum Beispiel: ein Blitzeinbruch, ein Verkehrsunfall, ...</p> <p>Ich füge die Nachweise wie die Dokumente des Versicherungsträgers, Gutachten, Presseartikel und andere nützliche Dokumente bei.</p>	<input type="checkbox"/>
18.	<p>Ich bin von einer Allergie betroffen, die durch die Ausübung meiner selbständigen Tätigkeit verursacht wurde und die vom behandelnden Arzt erkannt wurde.</p> <p>Zum Beispiel: ein Bäcker, der an Mehlallergie leidet.</p> <p>Ich füge das ärztliche Attest des beratenden Arztes meiner Krankenkasse bei.</p>	<input type="checkbox"/>

Nr.	Beschreibung	Zutreffend
19.	Ich erhalte Überbrückungsmaßnahmen nach der Einstellung meiner selbständigen Tätigkeit.	<input type="checkbox"/>
20.	<p>Andere Elemente. Geben Sie eine klare Beschreibung und Erläuterung der Umstände oder Ursachen, die zeigen, dass Sie Ihrer Meinung nach nicht in der Lage sind, die Sozialbeiträge zu zahlen. Fügen Sie die Nachweise bei.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Teil 5 : Zusätzliche Informationen

Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an und geben Sie die gefragten Angaben an.

Zusätzliche Informationen

Nr.	Beschreibung	Zutreffend
1.	Ich wurde von einer gemeinnützigen Organisation zur Beratung von Selbständigen in Schwierigkeiten unterstützt. Fügen Sie die Nachweise bei.	<input type="checkbox"/>
2.	Bei der Aufnahme meiner selbständigen Berufstätigkeit habe ich einen realistischen Businessplan erstellt. Fügen Sie den Businessplan bei.	<input type="checkbox"/>
3.	Ich übe eine selbständige Tätigkeit mit Zukunftsperspektive aus. Beschreiben Sie die Elemente, auf deren Grundlage Sie die Durchführbarkeit und Lebensfähigkeit Ihrer Berufstätigkeit für realistisch halten und/oder beschreiben Sie die Maßnahmen und Vorschläge, die Sie zur Verbesserung der Rentabilität Ihrer Berufstätigkeit ergreifen wollen:	<input type="checkbox"/>
4.	Ich habe meine selbständige Berufstätigkeit eingestellt. An welchem Datum: Aus welchen Gründen:	<input type="checkbox"/>
5.	Ich übe eine andere Berufstätigkeit aus. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> in Belgien <input type="checkbox"/> in (Staat): Zeitraum/Zeiträume in (Staat): Zeitraum/Zeiträume	<input type="checkbox"/>
6.	Ich bin Inhaber von anderen Immobilien als dem Familienhaus und/oder Immobilien, die für die Ausübung meiner selbständigen Berufstätigkeit nützlich sind: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja : <input type="checkbox"/> in Belgien: <input type="checkbox"/> in (Staat):	<input type="checkbox"/>

Nr.	Beschreibung	Zutreffend															
	<p>→ Geben Sie das nicht indexierte Katastereinkommen der Immobilien an: </p> <p>→ Wenn vermietet: Geben Sie den Betrag (in Euro) auf monatlicher Basis der erhaltenen Miete an:</p>																
7.	<p>Ich erhalte eine Pension oder eine andere Leistung der sozialen Sicherheit. Präzisieren Sie, um welche Leistung(en) es sich handelt. </p> <p>Geben Sie den monatlichen Betrag der Leistung an, wenn es sich handelt um:</p> <table border="1" data-bbox="288 633 1222 1068"> <thead> <tr> <th data-bbox="288 633 647 701">Leistung</th> <th data-bbox="647 633 1046 701">Monatlichen Betrag</th> <th data-bbox="1046 633 1222 701">Zutreffend</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="288 701 647 768">eine Pension</td> <td data-bbox="647 701 1046 768">.....</td> <td data-bbox="1046 701 1222 768"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 768 647 869">eine Krankheits- oder Invaliditätsentschädigung</td> <td data-bbox="647 768 1046 869">.....</td> <td data-bbox="1046 768 1222 869"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 869 647 969">eine Beihilfe für eine Person mit Behinderung</td> <td data-bbox="647 869 1046 969">.....</td> <td data-bbox="1046 869 1222 969"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="288 969 647 1068">eine Arbeitsunfallentschädigung</td> <td data-bbox="647 969 1046 1068">.....</td> <td data-bbox="1046 969 1222 1068"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Leistung	Monatlichen Betrag	Zutreffend	eine Pension	<input type="checkbox"/>	eine Krankheits- oder Invaliditätsentschädigung	<input type="checkbox"/>	eine Beihilfe für eine Person mit Behinderung	<input type="checkbox"/>	eine Arbeitsunfallentschädigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistung	Monatlichen Betrag	Zutreffend															
eine Pension	<input type="checkbox"/>															
eine Krankheits- oder Invaliditätsentschädigung	<input type="checkbox"/>															
eine Beihilfe für eine Person mit Behinderung	<input type="checkbox"/>															
eine Arbeitsunfallentschädigung	<input type="checkbox"/>															

Teil 6 : Schutz der Privatsphäre

Die Daten, die Sie mit diesem Formular an das Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbständige (LISVS) weiterleiten, werden verarbeitet und in EDV-Dateien gespeichert.

Diese Daten sowie die Daten, die Sie zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung stellen, werden zur Erfüllung der Verwaltungsaufgaben des LISVS und der Aufgaben des beim LISVS eingerichteten Berufungsausschusses gemäß Artikel 17 und 21ter des königlichen Erlasses Nr. 38 vom 27. Juli 1967 zur Einführung des Sozialstatuts der Selbständigen verarbeitet.

Diese Verarbeitung erfolgt kraft der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutz-Grundverordnung).

Aufgrund dieser Rechtsvorschriften haben Sie das Recht, Ihre personenbezogenen Daten berichtigen oder löschen zu lassen, derer Verarbeitung einzuschränken oder zu widersprechen, oder Ihre Daten einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln. Hierzu können Sie mit dem LISVS Kontakt aufnehmen (per Mail: Mailbox-dvr@rsvz-inasti.fgov.be oder per Post: LISVS – DVR, Quai de Willebroeck 35, 1000 Brüssel).

Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf der Website des LISVS unter der Rubrik 'Schutz der Privatsphäre'.

Möchten Sie mehr wissen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihre Daten einsehen oder spezifische Fragen über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten stellen? Dann wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeamten (DPO) (per Mail: DPO@rsvz-inasti.fgov.be oder per Post: LISVS – DPO, Quai de Willebroeck 35, 1000 Brüssel).

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Im Rahmen dieser europäischen Datenschutzvorschriften sind wir verpflichtet, Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung der folgenden Kontaktdaten einzuholen: Ihre E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Handynummer.

- Ich ermächtige das LISVS, diese Kontaktdaten zur weiteren Verwaltung meines Sozialstatuts zu verwenden und zu speichern.

Zum Widerruf meiner Ermächtigung kann ich mich an das LISVS wenden (per Mail: Mailbox-dvr@rsvz-inasti.fgov.be oder per Post: LISVS – DVR, Quai de Willebroeck 35, 1000 Brüssel).

Teil 7 : Eidesstattliche Erklärung

Ich, Unterzeichnete(r), **(Name und Vorname)**.....

erkläre auf Ehre, dass ich dieses Formular korrekt ausgefüllt habe und dass die Angaben in diesem Formular richtig und vollständig sind.

Ich bin informiert, dass mein Antrag ohne die angeforderten Nachweise nicht bearbeitet werden kann und dass nur die in meinem Antrag angegebenen Elemente berücksichtigt werden.

Ich bin informiert, dass das LISVS entscheiden kann, dass mein Antrag nicht berücksichtigt wird:

- wenn ich die Voraussetzungen erfülle, um einen Antrag auf Herabsetzung der Zahlung der vorläufigen Beiträge einzureichen, einen solchen Antrag jedoch nicht eingereicht habe;
- wenn mir in den zwei Jahren vor dem Antrag ohne Aufschub und ohne Anwendung mildernder Umstände eine administrative Geldbuße oder eine Sanktion nach dem Sozialstrafgesetzbuch auferlegt worden ist;
- wenn ich in den 5 Jahren vor dem Antrag eine Entscheidung über eine vollständige oder teilweise Befreiung erhalten habe:
 - a) durch Erklärungen, die sich später als unrichtig oder unvollständig erwiesen haben;
 - b) weil ich es versäumt hatte, Informationen zu erteilen, die ich hätte erteilen müssen und die ausschlaggebend waren, um die vorherige Entscheidung zu treffen.

Anzahl der Anlagen:

Erstellt in am . . / . . /

(Unterschrift des Antragstellers)

Ein nicht unterzeichneter Antrag gilt als eine nicht eingereichte Anmeldung.