

Demande d'allocation d'aidant proche

Qui est éligible à l'allocation d'aidant proche?

Vous êtes éligible à l'allocation d'aidant proche si vous remplissez les conditions suivantes:

- vous êtes un travailleur indépendant et ;
- vous êtes en ordre de vos cotisations sociales de travailleur indépendant à titre principal, pour les deux trimestres qui précèdent le trimestre du début de votre interruption, et ;
- vous souhaitez interrompre complètement votre activité ou la réduire d'au moins de 50% pour donner des soins à :
 - votre conjoint/cohabitant légal, un membre de votre famille jusqu'au deuxième degré ou un membre de votre ménage qui souffre d'une maladie grave ou qui se trouve en fin de vie suite à une maladie incurable (soins palliatifs) ou ;
 - votre enfant handicapé âgé de moins de 25 ans.

Vous pouvez interrompre **complètement ou partiellement** votre activité, **pendant 1 mois au minimum** (sauf en cas de décès de la personne avant la fin du mois) et pendant 6 mois au maximum par demande. Vous pouvez interrompre votre activité plusieurs fois au cours de votre carrière mais vous ne pouvez bénéficier de l'allocation que pendant **12 mois au maximum**.

Comment demander l'allocation d'aidant proche?

Vous pouvez introduire une demande d'allocations en complétant le **formulaire de demande ci-joint** et en le renvoyant complété à la caisse d'assurances sociales à laquelle vous êtes affilié par **lettre recommandée** ou **dépôt d'une requête**.

Quel est le montant de l'allocation?

Le **montant de l'allocation** est égal à 1.704,40 euros¹ en cas d'interruption complète de votre activité (à 100%). Le montant est réduit de moitié (852,20 euros²) en cas d'interruption partielle de votre activité (réduction de l'activité au moins de moitié).

Pouvez-vous bénéficier d'une dispense de paiement de vos cotisations?

Si vous obtenez 3 mois consécutifs d'allocation complète d'aidant proche, vous pouvez, dans certains cas, également obtenir une **dispense de paiement de la cotisation sociale** du trimestre au cours duquel se situe le 3^e mois d'allocation. Si vous obtenez 3 mois d'allocation supplémentaires, vous pourrez à nouveau obtenir une dispense pour un trimestre supplémentaire. Au total, vous avez droit à 4 trimestres de dispense sur l'ensemble de votre carrière.

Chaque trimestre de dispense est assimilé à un trimestre d'activité en matière de **pension** et garantit le **maintien des droits** dans les autres secteurs. La demande d'allocation d'aidant proche vaut également pour la demande de dispense et d'assimilation. La possibilité d'obtenir la dispense et l'assimilation sera examinée automatiquement.

¹ Montant au 1er septembre 2026.

² Montant au 1er septembre 2026.

Formulaire de demande d'allocation d'aidant proche

I. Données relatives au demandeur (l'aidant proche)

Nom:

Prénom:.....

Numéro de registre national . . - .

II. Données relatives à la personne aidée

- Nom de la personne aidée :
- Prénom :
- Date de naissance :

- Numéro de registre national . . - .

- S'agit-il de votre époux/épouse ou de votre cohabitant légal ?

☐ NON

☐ OUI

- Existe-t-il un lien de parenté avec vous ?

☐ NON

☐ OUI

Si oui, indiquez dans la liste ci-dessous de qui il s'agit :

- ☐ votre enfant ou l'enfant de votre époux/épouse,
- ☐ votre père ou mère,
- ☐ votre grand-père ou grand-mère,
- ☐ le grand-père ou la grand-mère de votre époux/épouse,
- ☐ votre frère ou sœur (y compris demi-frère ou demi-sœur),
- ☐ votre beau-frère ou belle-sœur,
- ☐ votre petit-enfant ou le petit-enfant de votre époux/épouse,
- ☐ l'époux/l'épouse de votre petit-enfant ou du petit-enfant de votre époux/épouse,

- ☐ votre beau-fils ou belle-fille (c'est-à-dire l'époux/l'épouse de votre enfant, ou de l'enfant de votre époux/épouse),
- ☐ votre beau-père ou belle-mère (c'est-à-dire l'époux/épouse de votre père ou de votre mère, ou, le père ou la mère de votre époux/épouse),
- ☐ autre (à préciser) :

- S'agit-il d'une autre personne que réside à votre adresse :

☐ NON

☐ OUI

Le cas échéant, clarifiez votre lien avec la personne aidée:

III. Données relatives à la nature de l'aide

Vous demandez une allocation d'aidant proche car vous allez interrompre votre activité indépendante pour donner des soins à une personne.

Par la présente demande vous reconnaissez que vous allez fournir un apport effectif, permanent et régulier de ces soins.

Précisez de quel type de soins il s'agit :

- ☐ **Soins en cas de maladie grave**, c'est-à-dire chaque maladie ou intervention médicale considérée comme telle par le médecin traitant et pour laquelle le médecin est d'avis que toute forme de soins ou d'assistance sociale, familiale ou mentale du travailleur est nécessaire pour la convalescence du malade.

Veuillez faire compléter l'attestation médicale ci-jointe par le médecin de la personne malade (annexe 2).

- ☐ **Soins palliatifs**, c'est-à-dire toute forme d'assistance, notamment médicale, sociale, administrative et psychologique ainsi que les soins donnés à des personnes souffrant d'une maladie incurable et se trouvant en phase terminale et pour lesquelles le médecin est d'avis que toute forme de soins ou d'assistance du travailleur est nécessaire.

Veuillez faire compléter l'attestation médicale ci-jointe par le médecin de la personne malade (annexe 2).

- ☐ **Soins apportés à votre enfant** âgé de moins de 21 ans qui est atteint d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66% ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points soient reconnus dans le pilier I de l'échelle médico-sociale relative aux allocations familiales, ou âgé d'au moins 18 ans et de moins de 25 ans qui bénéficie d'une allocation d'intégration.

En confirmation de ce qui précède, votre caisse d'assurances sociales prendra contact avec l'autorité compétente, à savoir :

- *Opgroeien Regie (enfants avec résidence principale en Flandre)*
- *AVIQ (enfants avec résidence principale en Wallonie)*
- *IRISCARE (enfants avec résidence principale en Région de Bruxelles-Capitale)*
- *Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (enfants avec résidence principale en communauté germanophone)*

- *Le SPF Sécurité Sociale, Direction générale Personnes handicapées (enfants qui bénéficient d'une allocation d'intégration)*

*L'autorité compétente vous délivrera alors l'attestation requise. **Veillez remettre cette attestation à votre caisse d'assurance sociale dans les plus brefs délais.***

IV. Données relatives à l'interruption de votre activité

Il s'agit d'une interruption temporaire d'activité et non d'une cessation officielle de votre activité indépendante.

- Vous allez interrompre ou réduire votre activité à partir du/...../..... pour une période de mois (au maximum 6 mois).

Il vous sera possible de prolonger votre interruption par une ou plusieurs nouvelle(s) demande(s) ; la période totale ne pourra toutefois pas dépasser 12 mois sur l'ensemble de votre carrière en tant qu'indépendant.

- Allez-vous poursuivre une activité indépendante pendant votre interruption temporaire ? (cochez la case concernée)

☐ NON, l'interruption temporaire de mon activité indépendante va être **complète**.

☐ OUI, l'interruption temporaire de mon activité indépendante va être **partielle**.

*Dans les 2 cas, veuillez compléter et signer la **déclaration sur l'honneur** ci-jointe (**annexe 1**).*

- Exercez-vous une autre activité professionnelle non indépendante (en tant que salarié, fonctionnaire, enseignant, etc) ? (cochez la case concernée)

☐ NON

☐ OUI, et je vais poursuivre l'exercice de cette activité non indépendante pendant la période d'interruption ou prendre des congés (y compris sans solde).

☐ OUI, et je vais interrompre également cette activité non indépendante pendant la période d'interruption ou une partie de cette période.

Dans ce cas, vous devez préalablement à cette demande, introduire une demande d'allocation d'interruption auprès de l'Office national de l'emploi (ONEM). Si une telle demande a déjà été faite, joignez à la présente une copie de la décision de l'ONEM.

Aucun paiement d'allocation ne peut avoir lieu si vous pouvez bénéficier d'une allocation de l'ONEM dans des situations équivalentes (maladie grave, soins palliatifs ou soins apportés à enfant handicapé).

- Bénéficiez-vous pendant la période d'interruption de votre activité indépendante (cochez la case concernée) :

☐ d'une pension (précisez l'intitulé de la pension et l'organisme qui vous la verse)

- ☐ d'une autre prestation (précisez l'intitulé de la prestation et l'organisme qui vous la verse):
.....
- ☐ aucune prestation

Si vous bénéficiez d'une pension ou d'une autre allocation pendant la période d'interruption (incapacité de travail, invalidité, assurance maternité, droit passerelle...), veuillez le signaler immédiatement à votre caisse d'assurances sociales.

V. Données relatives au paiement de l'allocation

Précisez le numéro de compte-IBAN sur lequel le paiement de l'allocation doit être effectué :

BE

Au nom de :

VI. Signature du demandeur (l'aidant proche)

Je certifie que toutes les informations figurant sur ce formulaire sont correctes et que j'ai pris connaissance des informations jointes.

Je suis conscient(e) que ma demande ne peut être traitée sans les pièces justificatives demandées.

Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit à ma caisse d'assurances sociales chaque modification de ces données.

En cas de décès de la personne malade, de reprise de mon activité professionnelle ou de perception d'un revenu de remplacement, je m'engage à en informer immédiatement par écrit ma caisse d'assurances sociales.

Je suis conscient que cette déclaration est soumise à des contrôles.

Je suis conscient(e) que toute déclaration fausse ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations indûment payées et des poursuites judiciaires.

DATE :/...../.....

Signature du demandeur :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné,,
déclare sur l'honneur que je vais interrompre mon activité indépendante :

- ☐ complètement
- ☐ partiellement (c'est-à-dire que l'ampleur de mon activité indépendante se réduira au moins de moitié par rapport à l'ampleur de mon activité indépendante en temps ordinaire).

Uniquement à remplir si vous avez indiqué "partiellement" ci-dessus.

Je déclare sur l'honneur que je vais réduire mon activité de la façon suivante :
(cochez la case et précisez, le cas échéant)

- ☐ Je vais être aidé par ma famille ou des amis.
Nom(s)
- ☐ Je vais fermer mon entreprise certains jours de la semaine.
Jour(s) de fermeture supplémentaire(s) :
.....
- ☐ Je vais répondre à moins de demandes/rendez-vous/engagements.
.....
- ☐ Je vais arrêter une activité spécifique ou un secteur d'activité spécifique.
A savoir:
- ☐ Autre, à préciser :
.....
.....
.....

DATE :/...../.....

Signature du demandeur :

ATTESTATION MEDICALE
(à remplir par le médecin traitant du patient)

L'apport effectif, permanent et régulier de soins à mon patient,
..... (nom et prénom) par le travailleur
indépendant..... (nom et
prénom), est nécessaire pour mon patient.

Mon patient souffre, selon mes constatations :

- ☐ *d'une maladie grave*
- ☐ *d'une maladie incurable en phase terminale*

DATE :/...../.....

Signature et cachet du médecin traitant:

Cette attestation est délivrée à la demande de l'intéressé pour sa caisse d'assurances sociales en vue de l'octroi de l'allocation d'aidant proche,, moyennant le respect de toutes les conditions conformément à l'arrêté royal du 27 septembre 2015 accordant une allocation en faveur du travailleur indépendant qui interrompt temporairement son activité professionnelle pour donner des soins à une personne.