Demande d'allocation d'aidant proche

Vous pouvez introduire une demande d'allocations en complétant le **formulaire de demande** ci-joint et en le renvoyant une fois complété à la caisse d'assurances sociales à laquelle vous êtes affilié par **lettre recommandée** ou **dépôt d'une requête**, si vous vous trouvez dans la situation suivante :

- vous êtes un travailleur indépendant.

- vous avez payé des cotisations sociales de travailleurs indépendants d'au minimum 748,47 euros hors frais de gestion des caisses d'assurances sociales, au cours des deux trimestres qui précèdent le trimestre du début de votre interruption.

- vous voulez interrompre ou réduire au moins de 50% votre activité indépendante pour donner des soins à :

    - votre conjoint/cohabitant légal ou un membre de votre famille 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 âgé de moins de 25 ans qui est handicapé

Le **montant de l'allocation** est égal à 1.343,87 euros/mois en cas d'interruption complète de votre activité (à 100%). Le montant est réduit de moitié (671,94 euros/mois) en cas de réduction de votre activité au moins de moitié ; on parle alors d'interruption partielle.

Vous pouvez interrompre **complètement ou partiellement** votre activité, **au minimum, pour 1 mois** (sauf en cas de décès de la personne avant la fin du mois) et pour 6 mois au maximum par demande. Vous pouvez demander à interrompre votre activité plusieurs fois au cours de votre carrière mais vous ne pouvez obtenir qu' une **période maximale de 12 mois d'allocation au total.**

Si vous obtenez 3 mois consécutifs d'allocation complète, vous pourrez, dans certains cas, également obtenir une **dispense pour le paiement de la cotisation sociale** du trimestre où se situe le 3e mois d'allocation. Dans l'hypothèse où vous obtiendriez 3 mois supplémentaires, vous pourrez à nouveau obtenir une dispense pour un trimestre supplémentaire avec un maximum de 4 trimestres sur l'ensemble de votre carrière..

Chaque trimestre de dispense est assimilé à un trimestre d'activité en matière de **pension** et garantit donc des droits en matière de pension et le **maintien des droits** dans les autres secteurs (assurance maladie-invalidité (secteur soins de santé et incapacité de travail), assurance maternité, aide à la maternité, allocations familiales et assurance en cas de faillite).

La demande d'allocation d'aidant proche vaut également pour la demande de dispense et d'assimilation. Votre possibilité d'obtenir la dispense et l'assimilation sera examinée automatiquement.

avixi sociaal verzekeringsfonds vzw • caisse d'assurances sociales asbl

Mechelen • Zeutestraat 2B • B-2800 Mechelen • T 015 45 12 60
Brugge • Torhoutsesteenweg 384 • B-8200 Brugge • T 050 40 65 65
Hasselt • Geraetsstraat 18 bus 2 • B-3500 Hasselt • T 011 22 27 46

info@avixi.be • www.avixi.be • ON/NE 0410268329 • RPR Antwerpen

Renvoyez ce formulaire à avixi Caisse d'assurance sociales par Recommandé

Formulaire demande d'allocation d'aidant proche

1 Données relatives au demandeur (l'aidant proche)

Je soussigné, (mentionner NOM + Prénom)
……
……

demande le bénéfice de l'allocation d'aidant proche.

Numéro National :
……

Si vous ne connaissez pas votre numéro national :

Date de naissance :
……
Code postal :
……

2 Données relatives à la personne aidée

NOM de la personne aidée :
……
Prénom :
……
Date de naissance :
……
Existe-t-il un lien de parenté avec vous ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, choisissez 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,
- ○ 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

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

S'agit-il d'un autre personne que réside à votre adresse?
OUI ☐ NON ☐

Autre (précisez)
……

3 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.

-> Dans ce cas, vous devez impérativement faire compléter par le médecin de la personne malade l'attestation médicale ci-jointe (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.

-> Dans ce cas, vous devez impérativement faire compléter par le médecin de la personne malade l'attestation médicale ci-jointe (annexe 2).

☐ Soins à votre enfant âgé de moins de 25 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 au sens de la règlementation relative aux allocations familiales. A partir de l'âge de 21 ans, il doit uniquement bénéficier d'une allocation d'intégration au sens de la règlementation relative aux allocations aux personnes handicapées.

-> Dans ce cas, vous ne devez fournir aucune attestation médicale. Votre caisse d'assurances sociales se charge de faire les vérifications nécessaires auprès du SPF Sécurité Sociale, Direction générale des Personnes handicapées qui reconnaît le handicap de votre enfant (66% au moins ou 4 points au moins) ou qui lui accorde une allocation d'intégration pendant la période d'interruption de votre activité.

Aucun paiement d'allocation ne pourra avoir lieu si la période n'est pas couverte par une attestation médicale ou tant que votre caisse d'assurances sociales n'aura pas pu vérifier les données de l'enfant handicapé auprès du SPF Sécurité sociale, Direction générale des Personnes handicapées.

4 Données relatives à l'interruption de votre activité

Il s'agit d'une interruption temporaire d'activité qui ne doit pas donner lieu à une cessation officielle de votre activité indépendante dont l'existence est maintenue et visible auprès de la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE).

Vous allez interrompre ou réduire votre activité
Du __ __ /__ __ / __ __ __ __ au __ __ /__ __ / __ __ __ __ (estimation).

Vous comptez interrompre votre activité pendant une période de : (cochez la case concernée):

☐ 1 mois ☐ 4 mois

☐ 2 mois ☐ 5 mois

☐ 3 mois ☐ 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 ce cas, complétez et signez la déclaration sur l'honneur ci-jointe (annexe 2)

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

☐ NON

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

☐ OUI, et je vais interrompre également cette activité non indépendante pendant la période mentionnée au point g) ou une partie de cette période.

Dans ce cas, sauf lorsque la demande concerne un enfant handicapé de 21 ans au moins et de moins de 25 ans, vous devez préalablement à cette demande, et si ce n'est pas déjà fait, introduire une demande d'allocation d'interruption auprès de l'Office national de l'emploi (ONEM) via votre employeur éventuellement (Voir sur le site de l'ONEM www.onem.be, le formulaire de demande **C61** applicable au 01.01.2015 dans votre secteur d'activité). Si une telle demande a déjà été faite, joignez à la présente une copie de la décision de l'ONEM.

☐ Autre:……

Aucun paiement d'allocation ne peut avoir lieu si vous pouvez bénéficier d'un crédit-temps ou d'une interruption de carrière de l'ONEM dans des situations équivalentes (maladie grave, soins palliatifs ou congé parental pour enfant handicapé) sous peine de remboursement en cas de paiement indu.

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

5 Données relatives au paiement de l'allocation

Nottez le IBAN-numéro pour le paiement de l"allocation
BE .....
Au nom de :
.....

6 Signature du demandeur (l"aidant proche)

Je soussigné,
.....
certifie que toutes les données figurant sur ce formulaire sont exactes..

Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit chaque modification de ces données.
En cas de décès de la personne malade, ou de reprise de mon activité professionnelle, je m'engage à informer par écrit immédiatement ma caisse d'assurances sociales.

Date

Signature du demandeur :

Annexe 1 – Déclaration sur l'honneur à compléter en cas d'interruption partielle

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

Je déclare sur l'honneur que le volume de mon activité indépendante se réduira au moins de moitié par rapport au volume que connaît mon activité indépendante en temps ordinaire.

.

Je déclare sur l'honneur que je vais réduire mon activité de la façon suivante : (*cochez la case éventuellement concernée et précisez)*

Cohez la case concernée:

☐ Un remplaçant va m'aider dans l'exercice de mon activité.
Nom : .....

☐ 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..
.....

☐ Autre, à préciser :
.....

Date:……

Signature du demandeur

Annexe 2 - Attestation médicale à faire compléter en cas de soins pour maladie grave ou de soins palliatifs

L'apport effectif, permanent et régulier de soins à mon patient, par le travailleur indépendant ci-nommé……,
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

avixi sociaal verzekeringsfonds vzw • caisse d'assurances sociales asbl

Mechelen • Zeutestraat 2B • B-2800 Mechelen • T 015 45 12 60
Brugge • Torhoutsesteenweg 384 • B-8200 Brugge • T 050 40 65 65
Hasselt • Geraetsstraat 18 bus 2 • B-3500 Hasselt • T 011 22 27 46

info@avixi.be • www.avixi.be • ON/NE 0410268329 • RPR Antwerpen