



Heures d'ouverture

Lundi - vendredi : 08:30 - 11:30
Ou sur rendez-vous l'après-midi

Votre dossier en ligne

<https://cnh-eloketeid.cegeka.be>
Pour les comptables :
<https://cnh-eloket.ventouris.be>

Notre site internet :

www.caisse-nationale-auxiliaire.be

DEMANDE D'ALLOCATION D'AIDANT PROCHE – A nous renvoyer par recommandé ou dépôt sur place

1. LE DEMANDEUR (L'AIDANT PROCHE ¹)

Je, soussigné(e)

Nom :Prénom :

demande à bénéficier de l'allocation d'aidant proche.

NISS (N° du Registre national) :

Si vous ne connaissez pas votre numéro national :

Date de naissance :

Code postal :

2. LA PERSONNE AIDÉE

a) Nom de la personne aidée :

Prénom :

b) Date de naissance :

c) Existe-t-il un lien de parenté avec vous ? NON OUI

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-soeur),

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/épouse de votre enfant, ou de l'enfant de votre époux/épouse),

¹ L'aidant proche : l'indépendant qui veut interrompre ou réduire au moins de 50% son activité pour aider son conjoint/cohabitant légal malade ou son enfant handicapé.

votre beau-père ou belle-mère (c'est-à-dire l'époux/l'épouse de votre père ou de votre mère, ou, le père ou la mère de votre époux/épouse),

autre (à préciser):

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

NON OUI

e) S'agit-il d'une autre personne qui réside à votre adresse ?

NON OUI

f) Autre (*précisez*):

ATTENTION! Si aucun lien n'est précisé ci-avant, votre demande sera rejetée!

3. 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 (cochez la case concernée):

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 et 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 pallier I de l'échelle médico-sociale au sens de la réglementation relative aux allocations familiales. A partir de 21 ans, il doit uniquement bénéficier d'une allocation d'intégration au sens de la réglementation 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.

ATTENTION ! 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. DONNEES RELATIVES A L'INTERRUPTION DE VOTRE ACTIVITE

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).

g) Vous allez interrompre ou réduire votre activité du /.... /..... au /.... /.....
(Estimation).

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

1 mois 2 mois 3 mois 4 mois 5 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.

i) 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).

ATTENTION ! Aucun paiement de l'allocation ne pourra débuter tant que cette déclaration sur l'honneur n'aura été complétée et remise à votre caisse d'assurances sociales.

j) 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:

ATTENTION ! 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 l'enfant handicapé) sous peine de remboursement en cas de paiement indu.

k) 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. DONNEES 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:

6. SIGNATURE DU DEMANDEUR (L'AIDANT PROCHE)

Je soussigné(e),

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 : DECLARATION SUR L'HONNEUR A COMPLETER EN CAS D'INTERRUPTION PARTIELLE

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),
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)

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 MEDICALE A FAIRE COMPLETER EN CAS DE SOINS POUR MALADIE GRAVE OU DE SOINS PALLIATIFS

ATTESTATION MEDICALE

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 en phase terminale,

DATE: / /

Signature et cachet du médecin traitant