



Formulaire de demande de dispense de cotisations sociales en tant que travailleur indépendant

Article 17 de l'Arrêté royal n°38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.

Complétez, datez et signez ce formulaire et renvoyez-le par recommandé, ou déposez-le dans nos bureaux, par requête sur place, avec toutes les preuves. Sans preuves, votre demande ne sera pas examinée. Vous ne pouvez pas introduire de preuves après le dépôt ou l'envoi de cette demande de dispense.

Répondez obligatoirement à chacune des questions ou rubriques.

Partie 1 : Données du demandeur

Vérifiez minutieusement les données pré-remplies. Si elles ne sont pas correctes, contactez-nous.

Données d'identification du demandeur

Votre numéro de Registre national (au dos de votre carte d'identité):

|_|_|·|_|_|·|_|_| - |_|_|_|·|_|_|

Nom

Prénom :

Adresse

Rue N° Boîte

Code postal..... Lieu.....

Adresse de contact - si différente de l'adresse principale:

Code postal : Lieu :

Activité(s) indépendante(s) actuelle(s)

.....

N° BCE de la (des) société(s) dans le(s)quelle(s) vous êtes associé actif :

.....

.....

Coordonnées du demandeur

Adresse e-mail

T +. / M +. /

Qualité du demandeur

Cochez la case appropriée

- Je suis indépendant et je demande une dispense de mes cotisations sociales,
 - Je suis indépendant-aidé et je demande une dispense de mes cotisations sociales.
- Numéro(s) de Registre national des/de l'aidant(s):

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

Ou nom(s) et prénom(s) (des)/de l'aidant(s)

.....

- Je suis héritier d'un indépendant affilié à la CNH et je demande une dispense des cotisations sociales qu'il devait encore payer.

Coordonnées de l'indépendant décédé :

Nom : Prénom:

Numéro(s) de Registre national de la personne décédée:

|_|_|·|_|_|·|_|_| - |_|_|_|·|_|_|-

ou date de naissance de la personne décédée : |_|_|·|_|_|·|_|_| (jj/mm/aaaa)

- Je suis indépendant-aidé et je demande à la caisse de mon aidant une dispense des cotisations sociales que mon aidant doit encore payer.

Numéro(s) de Registre national de l'aidant :

|_|_|·|_|_|·|_|_| - |_|_|_|·|_|_|

Ou nom(s) et prénom(s) (des)/de l'aidant(s)

.....

Partie 2 : Objet de la demande

Attention : Les trimestres pour lesquels vous obtenez une dispense ne sont pas pris en compte pour le calcul de votre pension.

Complétez le tableau ci-dessous : indiquez l'année et cochez les trimestres. L'INASTI ne prend une décision que pour les trimestres que vous avez cochés.

Je demande une dispense pour les cotisations suivantes :

Cotisations provisoires

Années	1er trimestre	2e trimestre	3e trimestre	4e trimestre
	<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"/>

Cotisations de régularisation

Années	1er trimestre	2e trimestre	3e trimestre	4e trimestre
	<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"/>

Partie 3 : Demande de réduction des cotisations provisoires

Cochez l'une des options uniquement si vous avez demandé une dispense des cotisations provisoires (sauf si vous êtes héritier d'un indépendant, ou si vous êtes un indépendant-aidé qui demande une dispense des cotisations sociales que votre aidant doit encore payer).

- Pour un ou plusieurs des trimestres cochés, j'ai demandé à la CNH une demande de réduction de mes cotisations provisoires.
- Je sais qu'il est possible d'introduire auprès de la CNH une demande de réduction de mes cotisations sociales, mais, pour les trimestres cochés, je n'ai pas introduit de demande de réduction.

Partie 4 : Justification de la demande de dispense

Données qui concernent vos revenus et frais professionnels en tant que travailleur indépendant

1. Revenus et frais professionnels de l'année civile actuelle jusque maintenant. Indiquez le montant estimé dans le tableau ci-dessous, à **compléter obligatoirement**.

Revenus et frais professionnels de l'ANNÉE CIVILE ACTUELLE	
Montant estimé (en euros)	
Montant des revenus professionnels bruts	
Montant des frais professionnels	

2. Revenus et frais professionnels de l'année civile précédente.

Cochez l'une des options.

- Je joins les documents suivants :
 - La déclaration et/ou l'avertissement-extrait de rôle relatif à l'impôt des personnes physiques.
- J'indique le montant estimé dans le tableau ci-dessous.

Revenus et frais professionnels de l'ANNÉE CIVILE PRÉCÉDENTE	
Montant estimé (en euros)	
Montant des revenus professionnels bruts	
Montant des frais professionnels	

Données qui concernent le chiffre d'affaires de l'entreprise et les frais faits dans ce cadre

Cochez l'une des options.

- Je joins les documents suivants :
 - une copie des 4 dernières déclarations trimestrielles ou des 12 dernières déclarations TVA mensuelles de votre entreprise, ou de la/des sociétés où vous êtes actif.
- Je remplis le tableau ci-dessous pour les 4 derniers trimestres.

N° BCE	Année / Trimestre	Ventes, services fournis (voir opérations à la sortie sur le formulaire TVA ou produits d'exploitation sur le compte de résultats)	Frais d'exploitation : achats et charges (voir opérations entrantes sur le formulaire TVA ou frais sur le compte de résultats)

Circonstances exceptionnelles de nature temporaire

Cochez les cases correspondant à votre situation, et fournissez les données demandées. Si des documents justificatifs et des preuves sont demandés, ajoutez-les à ce formulaire. Si vous ne le faites pas, il ne sera pas possible de vérifier si la motivation est justifiée et l'INASTI pourra rejeter la demande parce qu'elle n'est pas suffisamment motivée.

Circonstances exceptionnelles de nature temporaire

N°	Description	D'application
1.	Je reçois / j'ai reçu un revenu d'intégration durant les trimestres concernés par la demande, ou dans les 6 mois suivant la cessation de mon activité.	<input type="checkbox"/>
2.	Je reçois / j'ai reçu une garantie de revenus aux personnes âgées durant les trimestres concernés par la demande ou dans les 6 mois suivant la cessation de mon activité.	<input type="checkbox"/>
3.	J'ai été déclaré en faillite et j'ai bénéficié d'une remise de dettes. Date du jugement : Nom du tribunal de commerce compétent :	<input type="checkbox"/>
4.	Je suis admis à la procédure de règlement collectif de dettes. Je joins la décision du tribunal dans laquelle : - l'homologation d'un plan de règlement amiable a été obtenue - ou un plan de règlement judiciaire a été imposé ou - ou une révision ou la révocation de cette décision a été prononcée.	<input type="checkbox"/>
5.	J'ai obtenu le sursis dans le cadre d'une procédure de réorganisation judiciaire. Date du jugement : Nom du tribunal de commerce compétent :	<input type="checkbox"/>
6.	Je travaille dans un secteur qui a été considéré par le Ministre des Indépendants comme un secteur en crise. Décrivez le secteur dans lequel vous travaillez en tant qu'indépendant.	<input type="checkbox"/>

N°	Description	D'application
	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
7.	<p>Mes revenus professionnels bruts et/ou le chiffre d'affaires de mon entreprise ou de la société dans laquelle je travaille ont/a considérablement diminué. Donnez des explications supplémentaires sur la situation financière de votre entreprise. Fournissez le compte annuel (qui n'a éventuellement pas encore été déposé) ou une situation comptable qui reflète l'actif et le passif du dernier exercice comptable et le compte de résultats ne datant pas de plus de trois mois.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
8.	<p>J'ai eu, l'année dernière, des dépenses professionnelles et charges considérables, imprévues et nécessaires. Détaillez les dépenses et les charges et joignez les factures comme justificatifs.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
9.	<p>J'ai fait, l'année dernière, des investissements ou frais considérables nécessaires, par exemple des frais d'installation, ... Détaillez les investissements et joignez les factures comme justificatifs.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>

N°	Description	D'application
	<p>.....</p> <p>.....</p>	
10.	<p>J'ai contracté un emprunt nécessaire à des fins professionnelles. Joignez la preuve de l'institution financière.</p>	<input type="checkbox"/>
11.	<p>Je suis un plan d'apurement qui est appliqué rigoureusement pour le paiement de dettes professionnelles qui concernent la TVA, les impôts des personnes physiques, les cotisations sociales de travailleur indépendant ou les cotisations sociales pour travailleurs salariés.</p> <p>Mentionnez le(s) créancier(s) et le montant de la mensualité. Joignez les pièces justificatives du/des plan(s) d'apurement.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
12.	<p>J'ai des dettes qui font l'objet d'une contrainte, d'une saisie ou d'une citation. Mentionnez le(s) créancier(s) et le montant de la/des dette(s) impayée(s). Joignez les pièces justificatives.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
13.	<p>Un certain nombre de mes clients ne respectent pas leurs obligations de paiement, malgré tous mes efforts pour recevoir ces montants. Joignez les pièces justificatives.</p>	<input type="checkbox"/>
14.	<p>J'ai été reconnu en incapacité de travail et j'ai repris partiellement ou entièrement une activité indépendante.</p>	<input type="checkbox"/>
15.	<p>J'ai été touché par une catastrophe naturelle. Par exemple : tremblement de terre, calamité agricole, inondations, affaissement de terrain, vents violents, ... Joignez les pièces justificatives telles que les documents de l'organisme assureur, les rapports d'expertise, les articles de presse et autres documents utiles.</p>	<input type="checkbox"/>

N°	Description	D'application
16.	<p>J'ai été touché par un incendie. Par exemple : foudre, explosion, ...</p> <p>Joignez les pièces justificatives telles que les documents de l'organisme assureur, les rapports d'expertise, les articles de presse et autres documents utiles.</p>	<input type="checkbox"/>
17.	<p>Mon bâtiment à usage professionnel et/ou mon outillage professionnel ont été détruits. Par exemple : un casse-bélier, un accident de la circulation, ...</p> <p>Joignez les pièces justificatives telles que les documents de l'organisme assureur, les rapports d'expertise, les articles de presse et autres documents utiles.</p>	<input type="checkbox"/>
18.	<p>Je souffre d'une allergie qui trouve son origine dans l'exercice de mon activité indépendante et cette allergie a été reconnue par un médecin-conseil. Par exemple: un boulanger affecté par une allergie à la farine.</p> <p>Joignez l'attestation médicale complétée par le médecin-conseil de la mutualité.</p>	<input type="checkbox"/>
19.	<p>Je bénéficie d'un droit passerelle après la cessation de mon activité indépendante.</p>	<input type="checkbox"/>
20.	<p>Autres éléments. Décrivez et expliquez clairement les circonstances ou causes qui démontrent que vous n'êtes pas en mesure, selon vous, de payer les cotisations sociales. Joignez les pièces justificatives.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>

Partie 5 – Renseignements complémentaires

Cochez les cases correspondant à votre situation et fournissez les données demandées.

Renseignements complémentaires

N°	Description	D'application
1.	Je me suis fait assister par une organisation à but non lucratif qui a pour objectif l'accompagnement des travailleurs indépendants en difficulté. Joignez les pièces justificatives.	<input type="checkbox"/>
2.	Au moment de lancer mon activité professionnelle indépendante, j'ai dressé un business plan réaliste. Joignez le business plan.	<input type="checkbox"/>
3.	J'exerce une activité indépendante avec des perspectives d'avenir. Détaillez les éléments qui vous permettent d'estimer que la faisabilité et la viabilité de votre activité professionnelle sont réalistes et/ou décrivez les mesures et les propositions que vous envisagez pour améliorer la rentabilité de l'activité professionnelle	<input type="checkbox"/>
4.	J'ai cessé mon activité indépendante. À quelle date : Pour quelle(s) raison(s) :	<input type="checkbox"/>
5.	J'exerce une autre activité professionnelle. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> en Belgique <input type="checkbox"/> en (mentionnez le pays) : période(s) <input type="checkbox"/> en (mentionnez le pays) : période(s)	<input type="checkbox"/>
6.	Je possède des immeubles autres que la résidence principale et/ou des immeubles nécessaires à l'activité indépendante :	<input type="checkbox"/>

N°	Description	D'application															
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> en Belgique <input type="checkbox"/> en (pays): → Indiquez le revenu cadastral non indexé des immeubles : → Si cet/(ces)immeuble(s) est (sont) loués, indiquez le montant mensuel (en euros) du loyer:																
7.	Je perçois une pension ou une autre prestation de sécurité sociale. Précisez de quelle(s) prestation(s) il s'agit. Indiquez le montant mensuel de la prestation s'il s'agit : <table border="1" data-bbox="300 770 1219 1205"> <thead> <tr> <th data-bbox="306 779 635 837">Prestation</th> <th data-bbox="641 779 1034 837">Montant mensuel</th> <th data-bbox="1040 779 1212 837">D'application</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="306 837 635 904">d'une pension</td> <td data-bbox="641 837 1034 904">.....</td> <td data-bbox="1040 837 1212 904"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="306 904 635 1003">d'une indemnité maladie / invalidité</td> <td data-bbox="641 904 1034 1003">.....</td> <td data-bbox="1040 904 1212 1003"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="306 1003 635 1102">d'une allocation aux personnes handicapées</td> <td data-bbox="641 1003 1034 1102">.....</td> <td data-bbox="1040 1003 1212 1102"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="306 1102 635 1205">d'une indemnité dans le cas d'un accident du travail.</td> <td data-bbox="641 1102 1034 1205">.....</td> <td data-bbox="1040 1102 1212 1205"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Prestation	Montant mensuel	D'application	d'une pension	<input type="checkbox"/>	d'une indemnité maladie / invalidité	<input type="checkbox"/>	d'une allocation aux personnes handicapées	<input type="checkbox"/>	d'une indemnité dans le cas d'un accident du travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestation	Montant mensuel	D'application															
d'une pension	<input type="checkbox"/>															
d'une indemnité maladie / invalidité	<input type="checkbox"/>															
d'une allocation aux personnes handicapées	<input type="checkbox"/>															
d'une indemnité dans le cas d'un accident du travail.	<input type="checkbox"/>															

Partie 6 : Protection de la vie privée

Les données que vous communiquez à l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) sont traitées et stockées dans des fichiers informatisés.

Ces données, ainsi que celles que vous fournirez ultérieurement sont traitées par l'INASTI dans le cadre de l'exécution de ses tâches administratives et des tâches de la Commission de Recours mise en place au sein de l'INASTI, et ce, conformément aux articles 17 et 21ter de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.

Le traitement est effectué conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (appelé Règlement général sur la Protection des données).

En vertu de cette réglementation, vous avez le droit de demander la rectification ou la suppression de vos données à caractère personnel, d'en limiter le traitement, de vous opposer à leur traitement ou de demander que vos données soient transférées à un autre responsable du traitement. Pour ce faire, veuillez contacter l'INASTI (par e-mail : mailbox-dvr@rsvz-inasti.fgov.be ou par courrier INASTI – DVR, Quai de Willebroek 35, 1000 Bruxelles).

Vous trouverez des informations détaillées sur le traitement des données à caractère personnel sur le site web de l'INASTI, sous la rubrique 'Vie privée'.

Si vous souhaitez obtenir des informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, si vous souhaitez les consulter ou si vous avez des questions spécifiques sur la protection de vos données à caractère personnel, veuillez contacter le fonctionnaire chargé de la protection des données (DPO) (par e-mail: DPO@rsvz-inasti.fgov.be ou par courrier : INASTI – DPO, Quai de Willebroek 35, 1000 Bruxelles).

Consentement protection de la vie privée

En vertu de la législation européenne sur la protection des données, nous sommes tenus de vous demander votre consentement exprès concernant le traitement et l'utilisation des données de contact suivantes : votre adresse mail, votre numéro de téléphone et votre numéro de GSM.

- J'autorise l'INASTI à utiliser et à stocker mes données de contact en vue de la gestion ultérieure de mon statut social.

Pour le retrait de mon consentement, je peux m'adresser à l'INASTI (par e-mail: mailbox-dvr@rsvz-inasti.fgov.be ou par courrier : INASTI – DVR, Quai de Willebroek 35, 1000 Bruxelles).

Partie 7 : Déclaration sur l'honneur

Je, soussigné(e), (**nom et prénom**)

déclare sur l'honneur que le présent formulaire est correctement rempli et que les données mentionnées dans ce formulaire sont véritables et complètes.

Je suis au courant du fait que ma demande ne peut pas être traitée sans les preuves, documents et pièces justificatives demandées et que seuls les éléments communiqués lors de ma demande sont pris en compte.

Je suis au courant du fait que l'INASTI peut décider de ne pas prendre en considération ma demande :

- si je remplis les conditions pour introduire une demande de réduction des cotisations provisoires, mais que je n'y ai pas eu recours ;
- si j'ai reçu, dans les deux années précédant la demande, une amende administrative sans sursis de paiement et sans application de circonstances atténuantes ou une sanction en application du Code pénal social ;
- si j'ai reçu, dans les 5 ans précédant la demande, une décision comprenant une dispense totale ou partielle,
 - a) suite à des déclarations qui se sont révélées fausses ou incomplètes par la suite;
 - b) suite à l'omission d'informations obligatoires et déterminantes dans la prise de la décision précédente.

Nombre d'annexes :

Fait à le . . / . . /

(Signature du demandeur)

Une demande non signée est considérée comme n'ayant pas été introduite.