

**Formulaire de demande de la mesure temporaire de crise de droit
passerelle – « quarantaine/soins apportés à un enfant »**

Renvoyez ce formulaire à votre caisse d'assurances sociales

A. Données d'identification

Nom

Prénom

Numéro NISS ..-.

(voir votre carte d'identité)

Numéro d'entreprise (de chacune des entreprises dans laquelle vous êtes actif).....

Adresse de contact en Belgique (si elle diffère de l'adresse figurant dans le Registre national ou le registre BIS)

Rue N° Bte.....

Code postal Commune

Adresse email

T: +32 / M : +32 /

N° du compte bancaire au nom de

IBAN BE

BIC

B. Situation familiale

Avez-vous au moins une personne à charge auprès de votre mutualité (conjoint, cohabitant, parent, grand-parent, enfant, ...) ?

Non

Oui

C. Revenu de remplacement

Recevez-vous actuellement un revenu de remplacement ?

- Non
- Oui : lequel ? (cocher la case correspondante)
- Droit passerelle
 - Indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité
 - Pension
 - Allocations de chômage, sous n'importe quelle dénomination (allocations d'insertion, allocations d'attente, etc.).
 - Autres (précisez) :

Si oui, quel est le montant brut de ce revenu de remplacement ? euros (veuillez si possible fournir une preuve, p.e. un extrait de Mypension.be).

Attention : si la somme de votre revenu de remplacement et de la prestation financière de droit passerelle dépasse un montant déterminé, le montant de la prestation financière de droit passerelle sera réduit à concurrence de ce dépassement.

D. Raison

Veuillez **indiquer** lequel des cas ci-dessous s'applique à votre situation :

D.1. Quarantaine/isolement

- J'ai dû interrompre totalement mon activité indépendante pendant au moins 7 jours civils consécutifs en raison de ma mise en quarantaine ou en isolement après un contact à haut risque et ce, pendant la période du..... au
- Ajoutez un certificat de quarantaine à votre nom ou au nom de la personne enregistrée à la même adresse. **Sans ce certificat, votre demande ne sera pas recevable.**
 - **Attention : vous n'entrez pas en considération si vous avez voyagé sciemment dans un pays ou une région qui se trouve en zone rouge au moment de votre départ et êtes, pour cette raison, mis obligatoirement en quarantaine.**

D.2. Prendre soin de mon (mes) enfant(s)

J'ai dû interrompre totalement mon activité indépendante pendant au moins 7 jours civils en raison de l'une des situations suivantes :

- Je dois m'occuper de mon (mes) enfant(s) de moins de 18 ans avec qui je vis (y compris en cas de coparentalité) qui ne peuvent pas aller à la crèche ou à l'école parce que
- l'enfant est en quarantaine ou en isolement, ou

Ajouter un certificat de quarantaine. Sans ce certificat, votre demande est irrecevable.

Attention : vous n'entrez pas en considération si votre enfant a voyagé dans un pays ou une région qui se trouve en zone rouge au moment du départ et est, pour cette raison, mis obligatoirement en quarantaine.

- la crèche, la classe ou l'école dont elle fait partie est totalement ou partiellement fermée en raison d'une mesure visant à limiter la propagation du coronavirus COVID-19 (**attention** : cela implique que les vacances scolaires normales ne seront pas prises en compte) ou

Veuillez remplir l'annexe 1 (sections 1 et 2) et la joindre à votre demande. **Sans cette annexe remplie, votre demande ne sera pas recevable.**

- l'enfant suit obligatoirement des cours sous forme d'enseignement à distance suite à une décision de l'autorité compétente de limiter la propagation du coronavirus COVID-19 ;

*Veillez remplir l'annexe 1 (sections 1 et 3) et la joindre à votre demande. **Sans cette annexe remplie, votre demande ne sera pas recevable.***

***Attention** : dans les trois situations ci-dessus, votre enfant doit être mineur et vous devez vivre avec cet enfant (y compris en cas de co-parentalité).*

- Je dois m'occuper de mon enfant handicapé parce qu'il ne peut pas se rendre dans un centre de soins pour personnes handicapées, parce que ce centre est fermé ou lorsque les services ou traitements hospitaliers ou non hospitaliers organisés ou reconnus par les Communautés sont temporairement interrompus à la suite d'une mesure visant à limiter la propagation du coronavirus COVID-19.

➤ ***Attention** : dans la situation ci-dessus, l'âge de votre enfant n'a aucune importance, mais l'enfant doit être à votre charge (sur le plan fiscal).*

➤ *Veillez remplir l'annexe 1 (sections 1 et 4 ou sections 1 et 5) et la joindre à votre demande. **Votre demande ne sera pas recevable si vous ne remplissez pas cette annexe.***

J'interromps mon activité les jours suivants :

➤ ***Attention** : pour avoir droit à la prestation, les 7 jours civils doivent être situés dans un seul et même mois civil.*

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur avoir rempli ce formulaire en toute sincérité.

Je déclare sur l'honneur que la mise en quarantaine n'est pas due à un voyage dans un pays ou une région qui se trouve dans une zone rouge au moment du départ.

Je suis au courant du fait que ma demande ne peut pas être traitée sans les pièces justificatives demandées.

Je m'engage à signaler immédiatement à ma caisse d'assurances sociales toute modification dans les renseignements mentionnés ci-dessus.

Je suis conscient que cette déclaration est soumise aux vérifications nécessaires.

Je suis conscient que toute déclaration fausse ou incomplète visant à obtenir le versement indu de prestations constitue une violation de l'article 233 du code pénal social et peut entraîner le recouvrement des prestations indûment versées ainsi que des poursuites judiciaires.

Nom:.....

Prénom:.....

Date:

Signature:

ANNEXE 1 - ATTESTATION DE FERMETURE DE LA CRÈCHE, DE L'ÉCOLE OU DU CENTRE D'ACCUEIL POUR PERSONNES HANDICAPÉES EN RAISON D'UNE MESURE VISANT À LIMITER LA PROPAGATION DU CORONAVIRUS COVID-19

RUBRIQUE 1 – Données relatives à l'école / la crèche / le centre d'accueil pour personnes handicapées / le service intramural ou extramural organisé ou agréé par les Communautés

Cochez la case correspondante et complétez les données

- Nom Ecole :
 Crèche :
 Centre d'accueil pour personnes handicapées :
 Service intramural ou extramural organisé ou agréé par les Communautés :
.....

Adresse :
.....

Personne de contact :

Numéro de téléphone :

E-mail :

Remplissez ensuite la rubrique qui vous concerne (la rubrique 2, 3, 4 ou 5).

RUBRIQUE 2 – Fermeture temporaire (partielle ou complète) de l'école ou de la crèche

Cochez la case correspondante et complétez les données

Le soussigné déclare que (nom de l'enfant mineur)
ne peut pas fréquenter l'école / la crèche mentionnée à la RUBRIQUE 1 suite à la fermeture

- de la crèche ;
- de l'école ;
- de la classe à laquelle il appartient

en raison d'une mesure visant à limiter la propagation du coronavirus COVID-19 pour

la période du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____ inclus.

Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

Date: ___ / ___ / _____

Signature du responsable

RUBRIQUE 3 – Enseignement à distance

Cochez la case correspondante et complétez les données

Le soussigné déclare que (*nom de l'enfant mineur*) suit obligatoirement des cours sous forme d'enseignement à distance en raison d'une mesure visant à limiter la propagation du coronavirus COVID-19 pour

la période du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____ inclus.

Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

Date: ___ / ___ / _____

Signature du responsable

RUBRIQUE 4 – Fermeture temporaire du centre d'accueil pour personnes handicapées

Le soussigné déclare que (*nom de l'enfant handicapé*) ne peut pas fréquenter le centre d'accueil pour personnes handicapées mentionné à la RUBRIQUE 1 suite à la fermeture de l'établissement en raison d'une mesure visant à limiter la propagation du coronavirus COVID-19 pour la période du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____ inclus.

Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

Date: ___ / ___ / _____

Signature du responsable

RUBRIQUE 5 – Interruption temporaire du service intramural ou extramural organisé ou agréé par les Communautés

Le soussigné déclare ne pas pouvoir assurer le service prévu pour :

..... (*nom de l'enfant handicapé*) suite à l'interruption du service ou traitement intramural ou extramural mentionné à la RUBRIQUE 1 en raison d'une mesure visant à limiter la propagation du coronavirus COVID-19 pour la période du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____ inclus.

Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

Date: ___ / ___ / _____

Signature du responsable