

Demande d'allocations pour soins d'accueil

Vous voulez vous absenter du travail afin de dispenser des soins d'accueil à la / aux personne(s) placée(s) dans votre famille par le tribunal, par un service de placement agréé par la Communauté compétente, par les services d'Aide à la Jeunesse ou par le Comité pour l'aide spéciale à la Jeunesse.

Vous voulez bénéficier d'une allocation lors de cette / ces absence(s).

Ce formulaire vous permet de demander l'allocation pour soins d'accueil.

Qui doit utiliser ce formulaire?

Tous les travailleurs engagés dans les liens d'un contrat de travail.

Qui doit compléter ce formulaire?

Le travailleur doit compléter la partie I et l'employeur la partie II.

Renvoyez le formulaire complété:

Comment? Par lettre recommandée.

Quand? Au plus tard dans les deux mois qui suivent le jour d'absence indiqué sur la demande. Si vous nous faites parvenir votre demande à l'avance, celle-ci ne sera pas nécessairement traitée dès sa réception.

Où? Au bureau de l'ONEM de votre domicile (vous trouverez les coordonnées du bureau en introduisant votre code postal dans la rubrique "Chercher un bureau de l'ONEM" en bas de la page d'accueil du site internet: www.onem.be).

Et ensuite? Vous recevrez un document C62 vous informant de la décision du bureau de l'ONEM.

Vous avez besoin d'informations supplémentaires?

Si vous voulez connaître les conditions pour obtenir les allocations pour soins d'accueil, ou si vous voulez d'autres informations, consultez la feuille info disponible auprès d'un des bureaux de l'ONEM ou sur le site Internet de l'ONEM www.onem.be.

PARTIE I: à compléter par le travailleur

Votre identité

Ce numéro se trouve au verso de votre carte d'identité.

Numéro d'identification du Registre national _ _ . _ _ . _ _ - _ _ _ . _ _

Nom

Prénom

Rue et numéro

Code postal _ _ _ _ _

Localité

Pays

Nationalité

Vous êtes Ouvrier Employé

Renseignements indispensables au bon déroulement de votre demande.

Grâce à votre numéro de téléphone et à votre adresse e-mail, l'ONEM peut vous contacter pour obtenir les informations éventuellement manquantes dans ce formulaire et donner une suite plus rapide à votre demande.

Téléphone _ _ _ _ _

E-mail

Votre absence pour dispenser des soins d'accueil et la durée

Ce droit est limité à maximum 6 jours par famille et par année calendrier.

Vous demandez des allocations pour le(s) jour(s) suivant(s)

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Un autre travailleur, membre de votre famille a-t-il été désigné comme parent d'accueil?

Non (si non, passez directement à la rubrique "Paiement")

Oui

Indiquez l'identité de ce travailleur

Nom

Prénom

Numéro d'identification du Registre national _ _ . _ _ . _ _ - _ _ _ . _ _

A-t-il déjà obtenu des allocations pour dispenser des soins d'accueil cette année?

Non (si non, passez directement à la rubrique "Paiement")

Oui

Indiquez le(s) jour(s) pendant lequel/lesquels il a obtenu des allocations

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Païement

Vous trouverez l'IBAN sur vos extraits de compte. Pour un numéro de compte belge, l'IBAN compte 16 caractères, commence par BE suivi de 2 chiffres et de votre numéro de compte actuel.

* A compléter uniquement si l'IBAN ne commence pas par BE.

Quel mode de paiement souhaitez-vous?

- Par virement sur **mon** numéro de compte-IBAN

Pas le numéro de votre carte bancaire

__ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __

* BIC __ __ __ / __ __ __ / __ __

- Par virement sur le numéro de compte-IBAN

Pas le numéro de la carte bancaire

__ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ / __ __ __

* BIC __ __ __ / __ __ __ / __ __

au nom de

- Par chèque circulaire

Signature

N'oubliez pas de signer le formulaire avant de le renvoyer au bureau de l'Onem de votre domicile

Vous pouvez modifier ultérieurement les données de ce formulaire au moyen de la "Déclaration de modification - Données relatives à l'interruption de carrière/au crédit-temps/au congé thématique" disponible sur le site de l'ONEM www.onem.be.

Vos déclarations sont conservées dans des fichiers informatisés. Vous trouverez de plus amples informations concernant la protection de ces données dans la brochure relative à la protection de la vie privée disponible auprès des bureaux de l'ONEM.

Vous pouvez consulter votre fiche fiscale via votre dossier "Interruption de carrière et crédit-temps" ou en activant votre eBox via www.mysocialsecurity.be.

Vous pouvez également la consulter via www.myminfin.be.

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

Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit chaque modification de ces données au bureau de l'ONEM dont mon domicile relève.

J'accepte que ma fiche fiscale soit mise à ma disposition sous forme électronique.

Si je souhaite encore la recevoir sous forme papier, j'en fais la demande auprès du bureau de l'ONEM dont mon domicile relève.

Date __ __ / __ __ / __ __ __ __

Signature du travailleur

PARTIE II: à compléter par l'employeur

L'employeur

Nom ou raison sociale

Adresse

Téléphone _ _ _ _ _

E-mail

Numéro d'inscription ONSS ou ONSS APL _ _ _ _ _

Numéro d'entreprise _ _ _ _ _

Numéro de Commission paritaire _ _ _ _ _

Branche d'activité

Secteur (ne cochez qu'une seule possibilité)

- Secteur privé
- Services publics fédéraux
- Services régionaux et communautaires
- Administrations locales et provinciales
- Enseignement et centres PMS
- Parquets et Tribunaux
- Universités communautaires
- Universités flamandes - cadre d'intégration
- Police fédérale et locale
- Chambre des Représentants

Le travailleur

Nom.....

Prénom.....

Le travailleur est occupé

- à temps partiel: à 1/2 temps ou moins
- à temps partiel: plus qu'à 1/2 temps et moins qu'à temps plein
- à temps plein

J'autorise le travailleur à s'absenter du travail afin de dispenser des soins d'accueil pour le(s) jour(s) suivant(s)

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature

Je certifie que toutes les données figurant sur ce formulaire sont exactes.
Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit chaque modification de ces données au bureau de l'ONEM dont le domicile de mon travailleur relève.

Date _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature et cachet de l'employeur

Adresses des bureaux de l'ONEM

Vous trouverez toutes les adresses de nos bureaux sur la page "Contact" du site internet: www.onem.be/fr/bureaux.