



## A renvoyer à

**Administration centrale de l'ONEM**  
**Service OCR**  
**Boulevard de l'Empereur 7-9**  
**1000 Bruxelles**

# Demande d'interruption de carrière dans le cadre du congé pour assistance médicale pour les travailleurs des entreprises publiques autonomes

Vous voulez interrompre partiellement ou complètement votre carrière et bénéficier de l'intervention financière de l'ONEM:

- pour assister ou octroyer des soins à un membre de votre ménage ou de votre famille gravement malade ou;
- pour assister un enfant mineur hospitalisé en raison d'une maladie grave.

Si vous voulez connaître les conditions pour obtenir les allocations d'interruption, ou si vous voulez d'autres informations, consultez la feuille info disponible auprès d'un des bureaux de l'ONEM ou sur [www.onem.be](http://www.onem.be).

Ce formulaire vous permet de demander l'allocation d'interruption de carrière.

### Qui doit utiliser ce formulaire?

Les travailleurs statutaires et contractuels des entreprises publiques autonomes (bpost, Proximus, SNCB, Skeyes).

### Qui doit compléter ce formulaire?

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

Veillez également faire remplir les attestations prévues à cet effet dans ce formulaire.

Toutes les parties de ce formulaire doivent parvenir ensemble à l'ONEM.

Vous trouverez, à gauche des questions, les informations supplémentaires qui vous aideront à remplir le formulaire.

### Renvoyez le formulaire complété:

**Comment?** Par lettre recommandée

**Quand?** Au plus tôt un mois avant le début du congé pour assistance médicale et au plus tard dans les deux mois qui suivent le début du congé pour assistance médicale. Si vous nous faites parvenir votre demande à l'avance, celle-ci ne sera pas nécessairement traitée dès sa réception.

**Où?** A l'administration centrale de l'ONEM, Service OCR, Boulevard de l'Empereur 7-9, 1000 Bruxelles.

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

### Introduction électronique de la demande?

Si vous disposez d'un token ou d'une carte d'identité électronique, vous pouvez introduire votre demande par voie électronique et également consulter votre dossier online sur le site portail de la sécurité sociale [www.socialsecurity.be](http://www.socialsecurity.be).

Des informations sur le token et sur la carte d'identité électronique sont disponibles sur ce même site.



F004-001-1

# PARTIE I

## à compléter par le travailleur

### A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES BIEN LISIBLES

#### Votre identité

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

001 Numéro d'identification du Registre national ... ..

002 Nom .....

003 Prénom .....

*A compléter uniquement si vous habitez à une adresse différente de l'adresse connue au Registre national ou si vous êtes domicilié à l'étranger*

016 Rue .....

017 Numéro .....

018 Code postal .....

019 Localité .....

020 Pays .....

#### **Vous êtes**

021 Statutaire

022 Contractuel

Renseignements indispensables au traitement 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.

024 GSM ... ..

025 Téléphone ... ..

#### **A compléter en lettres CAPITALES bien lisibles**

026 E-mail .....@.....

#### Votre demande de congé pour assistance médicale

#### **Vous demandez le congé pour assistance médicale pour:**

*(Numéro d'identification du Registre national, nom et prénom de la personne /de l'enfant pour laquelle/lequel vous demandez le congé pour assistance médicale)*

029 Numéro d'identification du Registre national ... ..

027 Nom .....

028 Prénom .....



F004-001-2

Le travailleur qui est parent au 1er degré de l'enfant malade et celui chargé de son éducation quotidienne peuvent bénéficier d'un congé pour assistance médicale à la condition de cohabiter avec l'enfant.

Si ces travailleurs ne peuvent pas bénéficier de ce congé, le travailleur qui est parent au 1er degré mais qui ne cohabite pas avec l'enfant malade ou à défaut, un membre de la famille de l'enfant malade jusqu'au 2ème degré, peut en bénéficier.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la feuille info relative au congé pour assistance médicale, disponible sur le site Internet de l'ONEM ou auprès des bureaux de l'ONEM.

Le médecin traitant doit compléter son attestation au plus tôt un mois avant la date de début de l'assistance médicale et au plus tard le jour de la date de début de l'assistance médicale.

Le congé pour assistance médicale prévu pour assister ou octroyer des soins à un membre de la famille ou du ménage gravement malade peut être obtenu:

- à 1/2 temps si vous êtes occupé au moins à 3/4 temps;
- à 1/5 temps si vous êtes occupé à temps plein.

Le congé pour assistance médicale prévu pour un enfant mineur hospitalisé n'est possible que sous la forme d'une interruption complète.

Consultez la feuille info relative au congé pour assistance médicale sur [www.onem.be](http://www.onem.be) pour plus d'informations.

A compléter uniquement si vous demandez un congé pour assistance médicale pour un enfant mineur hospitalisé.

**Cohabitez-vous avec l'enfant gravement malade?**

082 Non Oui

**Etes-vous parent de l'enfant gravement malade au 1er degré?**

083 Non Oui

**Etes-vous chargé de l'éducation quotidienne de l'enfant?**

084 Non Oui

**Etes-vous un membre de la famille jusqu'au 2ème degré?**

085 Non Oui

---

A compléter sauf si vous demandez un congé pour assistance médicale pour une autre personne qu'un enfant mineur hospitalisé.

**Cette personne est-elle membre de votre ménage?**

086 Non Oui (Veuillez joindre une attestation de l'autorité communale prouvant la composition de votre ménage si vous habitez exclusivement avec votre/vos enfant(s) à charge et que vous demandez le congé pour assistance médicale pour l'un d'entre eux âgé de maximum 16 ans)

**Cette personne est-elle un membre de votre famille (parent ou allié) jusqu'au 2ème degré?**

087 Non Oui

Je demande un congé pour assistance médicale pour

088

.....  
(Exemple: ma mère, mon fils, le père de mon époux,...)

---

**Vous choisissez (ne cochez qu'une seule possibilité)**

004 une interruption complète

005 une réduction des prestations de travail à 1/2 temps

006 une réduction des prestations de travail à 1/5 temps

## La durée du congé pour assistance médicale

La durée minimale d'une demande est de 1 mois et la durée maximale est de 3 mois. Si vous ne respectez pas cette durée minimale, vous pourriez devoir rembourser les allocations déjà perçues.

Vous pouvez prendre une interruption complète par périodes d'1 semaine, de 2 semaines ou de 3 semaines avec l'accord de l'employeur.

Une semaine correspond à 7 jours calendrier consécutifs.

Pour une demande de congé pour assistance médicale à un enfant mineur hospitalisé, la période doit être de 7 jours pendant ou juste après l'hospitalisation de l'enfant.

Consultez la feuille info relative au congé pour assistance médicale sur [www.onem.be](http://www.onem.be) pour plus d'informations.

007

**Vous demandez un congé pour assistance médicale pour la période**

du ..... au ..... inclus

## Votre situation personnelle

Consultez la feuille info relative aux cumuls sur [www.onem.be](http://www.onem.be) pour plus d'informations.

031

**Exercez-vous une activité salariée accessoire pendant le congé pour assistance médicale?**

Non Oui

Si oui, indiquez

089

• la date de début: .....

• le nombre d'heures par semaine:

032

..... h ..... minutes et joignez une copie du contrat.

**Attention.** Vous perdez le droit au congé pour assistance médicale à partir du moment où vous entamez ou élargissez une activité salariée pendant l'interruption de carrière. Si vous entamez ou élargissez cette activité, vous devez en avertir au préalable et par écrit, le bureau de l'ONEM.

Vous êtes considéré comme indépendant si vous devez vous inscrire obligatoirement auprès d'une caisse sociale pour indépendants. Afin de savoir si vous devez vous inscrire comme indépendant, veuillez contacter l'INASTI (Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants).

Consultez la feuille info relative aux cumuls sur [www.onem.be](http://www.onem.be) pour plus d'informations.

033

**Exercez-vous pendant le congé pour assistance médicale une activité indépendante pour laquelle une inscription auprès d'une caisse sociale pour indépendants est obligatoire?**

Non Oui

090

Date de début: .....

**Attention.** Si vous entamez cette activité, vous devez en avertir au préalable, par écrit, le bureau de l'ONEM.

*Il doit s'agir d'une activité rémunérée pour le compte d'une organisation de coopération au développement non-gouvernementale reconnue.*

*Les allocations d'interruption ne sont pas cumulables avec une pension à charge de l'Etat belge ou en vertu d'une loi étrangère.*

*A titre d'exception, les allocations peuvent être cumulées avec une pension de survie belge dans le régime de pension des travailleurs salariés, des fonctionnaires ou des indépendants pendant une période unique de maximum 12 mois calendrier successifs ou non.*

*Consultez la feuille info relative aux cumuls sur [www.onem.be](http://www.onem.be) pour plus d'informations.*

*Pour plus d'informations sur les conséquences de ce cumul sur le montant de votre pension de survie, contactez le Service fédéral des Pensions.*

*Les allocations ne peuvent pas être cumulées avec un mandat politique à l'exception d'un mandat exercé comme conseiller communal ou comme conseiller d'un CPAS.*

### Travaillez-vous pour la coopération au développement?

Vous effectuez une activité rémunérée dans le cadre d'un projet reconnu de coopération au développement et vous résidez à l'étranger.

071 Non Oui (Dans ce cas, vous avez droit à l'interruption de carrière sans allocations)

072 Date de début: ... ..

### Percevez-vous des allocations dans le cadre d'une pension?

034 Non Oui

035 Date de début: ... ..

### S'agit-il d'une pension de survie?

036 Non Oui

### Souhaitez-vous cumuler vos allocations d'interruption avec le bénéfice d'une pension de survie?

037 Non Oui

#### Période de cumul

038 - du ... ..

039 au ... .. inclus

040 - du ... ..

041 au ... .. inclus

042 - du ... ..

043 au ... .. inclus

Périodes de cumul d'allocations sociales (maladie, chômage involontaire, prépension conventionnelle [jusqu'au 31.12.2011], chômage avec complément d'entreprise [depuis le 01.01.2012] ou crédit-temps) déjà prises auparavant:

044 - du ... ..

045 au ... .. inclus

046 - du ... ..

047 au ... .. inclus

048 - du ... ..

049 au ... .. inclus

### Exercez-vous un mandat politique?

073 Non Oui

### S'agit-il d'un mandat de conseiller communal ou de conseiller d'un CPAS?

074 Non Oui

075 Date de début: ... ..

A compléter seulement en cas de réduction d'1/5 temps

Etre isolé signifie que vous cohabitez exclusivement avec un ou plusieurs enfants dont au moins un est à votre charge.

Vous avez droit à une augmentation de votre allocation d'interruption si vous êtes isolé.

050 **Etes-vous isolé?**  
Non Oui

**Etes-vous travailleur frontalier français?**

051 Non Oui (Joignez une copie du formulaire 276 FRONT./GRENS. délivré par le Service public fédéral Finances afin d'obtenir l'exonération du précompte professionnel sur l'allocation d'interruption.)

**Attention.** Vous n'avez plus droit à cette exonération si vous n'êtes plus travailleur frontalier français pendant le congé pour assistance médicale. Vous devez en avertir le bureau de l'ONEM.

**Paielement**

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?**

053 Par virement sur le numéro de compte-IBAN

*Pas le numéro de votre carte bancaire*

054 ..... \* ..... \* ..... \*

055 \* BIC ..... \* .....

Si ce compte est au nom d'une tierce personne, mentionnez: sa qualité (époux, concubin, avocat, ...)

056 .....

057 son nom .....

058 Par chèque circulaire

**Signature**

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](http://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](http://www.mysocialsecurity.be). Vous pouvez également la consulter via [www.myminf.be](http://www.myminf.be).

N'oubliez pas de signer le formulaire avant de le renvoyer à l'ONEM.

Je déclare 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.

059 Date ..... \* ..... \* .....

060 Signature du travailleur

## PARTIE II: à compléter par l'employeur A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES BIEN LISIBLES

### L'entreprise publique autonome

065	Numéro BCE .....
061	Nom ou raison sociale .....
062	Adresse .....
063	Téléphone .....
<b>A compléter en lettres CAPITALES bien lisibles</b>	
064	E-mail .....@.....

### Avertissement écrit

067	<p><b>J'autorise le travailleur à interrompre sa carrière selon la forme (interruption complète, à 1/2 temps, d'1/5 temps) et pour la période indiquées dans la Partie I - rubriques "Votre demande de congé pour assistance médicale" et "La durée du congé pour assistance médicale".</b></p> <p><b>Le travailleur m'a averti, par écrit, à la date du ..... qu'il veut prendre un congé pour assistance médicale.</b></p>
-----	--

### Caractéristiques du congé pour assistance médicale

<p><i>Il s'agit du régime de travail (durée de travail) tel que renseigné dans le contrat de travail / dans le statut (sans tenir compte du congé pour assistance médicale).</i></p> <p><i>Si avant le début de ce congé pour assistance médicale, le travailleur était déjà en interruption de carrière, veuillez indiquer le nombre d'heures (du contrat de travail conclu / tel que renseigné dans le statut), sans tenir compte du nombre d'heures interrompues.</i></p> <p><i>Il s'agit du régime de travail (durée de travail) qui tient compte des heures interrompues dans le cadre du congé pour assistance médicale demandé.</i></p>	<p><b>Attention:</b> le régime de travail doit être mentionné en heures et minutes. Aucune déclaration en décimales ou en pourcentage ne sera acceptée.</p> <hr/> <p>008 Avant le début de ce congé pour assistance médicale, le travailleur était occupé dans le cadre d'un contrat de travail de / était nommé pour ..... h ..... minutes/semaine.</p> <p>009 Le régime de travail à temps plein pour cette catégorie de travailleur est de ..... h ..... minutes/semaine.</p> <p>010 Pendant le congé pour assistance médicale demandé, le travailleur sera occupé dans un régime de travail de ..... h ..... minutes/semaine.</p> <hr/>
--	---

A compléter uniquement en cas d'interruption de carrière partielle (pas en cas d'interruption complète) quel que soit le secteur

Le régime est fixe lorsque la durée des prestations est toujours la même sur une semaine ou sur un cycle de plus d'une semaine.

Le régime est variable lorsque la durée des prestations hebdomadaires est à respecter sur une période de référence.

103  
104  
105  
106  
107  
108

**Le régime de travail pendant le congé pour assistance médicale est:**

- fixe  
étalé sur une semaine  
étalé sur un cycle de ... .. jours  
étalé sur un cycle de ... .. semaines  
étalé sur un cycle de ... .. mois  
variable dont la période de référence est de ... .. mois

## Régime des réductions du temps de travail

Le régime des réductions du temps de travail (R.T.T.) permet à l'employeur d'augmenter le temps de travail moyen. En contrepartie, le travailleur se voit octroyer un nombre de jours de repos compensatoire pour réduction du temps de travail (jours de récupération).

109  
110

**Existe-t-il un régime de réduction du temps de travail (R.T.T. ou équivalent)?**

Non      Oui

**Pendant l'interruption de carrière, le travailleur bénéficiera-t-il du régime de réduction du temps de travail (R.T.T. ou équivalent)?**

Non      Oui

## Signature

Je déclare avoir pris connaissance de la feuille info E56. Je certifie que les données figurant sur ce formulaire sont exactes et que à défaut, je m'engage à faire l'objet d'éventuelles sanctions pénales.

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.

069  
070

Date ... ..

Signature et cachet de l'employeur

# ATTESTATIONS

## Attestation à compléter par le médecin traitant

*Cette attestation doit être complétée au plus tôt un mois avant la date de début du congé pour assistance médicale et au plus tard le jour de la date de début du congé pour assistance médicale ou des soins palliatifs.*

*A compléter dans tous les cas de congé pour assistance médicale y compris le congé pour assistance médicale pour un enfant mineur hospitalisé.*

Je déclare que

091 Nom .....

092 Prénom .....

*(membre de la famille - parent ou allié - jusqu'au 2ème degré ou membre du ménage du travailleur, tel que mentionné sur l'attestation du travailleur)*

Souffre d'une maladie **grave** ou a subi une intervention médicale **grave ET** que l'assistance sociale, familiale ou morale du travailleur ou des soins octroyés par le travailleur est/sont **nécessaire(s)** à sa convalescence.

095 Date ... ..

Signature et cachet du médecin traitant  
du patient/de l'enfant mineur hospitalisé

096

## Attestation à compléter par l'hôpital

*A compléter par l'hôpital traitant l'enfant mineur hospitalisé nécessitant une assistance médicale*

Nous attestons que l'enfant

097 Nom .....

098 Prénom .....

est / a été hospitalisé des suites d'une maladie grave dans notre établissement

099 .....

100 du ... .. au ... .. inclus.

101 Date ... ..

102 Cachet de l'hôpital