

## **Demande d'interruption de carrière dans le cadre du congé pour soins palliatifs 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 une personne souffrant d'une maladie incurable en phase terminale.

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 remplir ou 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 soins palliatifs et au plus tard dans les deux mois qui suivent le début du congé pour soins palliatifs. 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 (les coordonnées des bureaux se trouvent dans la rubrique "Chercher un bureau de l'ONEM" de la page contact sur [www.onem.be](http://www.onem.be)).

**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.

# 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.

Numéro d'identification du Registre national ..... \* ..... \* ..... \* ..... \* .....

Nom .....

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**

Rue .....

Numéro .....

Code postal .....

Localité .....

Pays .....

#### **Vous êtes**

Statutaire

Contractuel

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.

GSM ..... \* ..... \* .....

Téléphone ..... \* ..... \* .....

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

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

#### Votre demande de congé pour soins palliatifs

Le congé pour soins palliatifs prévu pour assister ou octroyer des soins à une personne souffrant d'une maladie grave en phase terminale peut être obtenu:

- à temps plein;

- à 1/2 temps;

- d'1/5 temps.

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

#### **Vous demandez un congé pour soins palliatifs et vous choisissez**

(ne cochez qu'une seule possibilité)

une interruption complète

une réduction des prestations de travail à 1/2 temps

une réduction des prestations de travail à 1/5 temps

## La durée du congé pour soins palliatifs

La durée est de un mois prolongeable deux fois d'un mois quel que soit votre secteur. Si vous ne respectez pas cette durée, vous pourriez devoir rembourser les allocations déjà perçues.

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

### Vous demandez un congé pour soins palliatifs pour la période

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

## Votre situation personnelle

Une activité salariée accessoire est une activité dont le nombre d'heures de travail, en moyenne, ne dépasse pas le nombre d'heures de travail de l'emploi que vous interrompez.

Consultez les feuilles info sur [www.onem.be](http://www.onem.be) pour plus d'informations sur les cumuls.

### Exercez-vous une activité salariée accessoire pendant le congé pour soins palliatifs?

Non  Oui (joignez une copie du contrat)

Date de début: .....

Nombre d'heures par semaine: ..... h ..... minutes

**Attention.** Vous perdez le droit au congé pour soins palliatifs à partir du moment où vous entamez ou élargissez une activité salariée accessoire pendant le congé pour soins palliatifs. 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 les feuilles info sur [www.onem.be](http://www.onem.be) pour plus d'informations sur les cumuls.

### Exercez-vous pendant le congé pour soins palliatifs une activité indépendante pour laquelle une inscription auprès d'une caisse sociale pour indépendants est obligatoire?

Non  Oui

Date de début: .....

**Attention.** Si vous entamez cette activité, vous devez en avertir au préalable, par écrit, le bureau de l'ONEM. Sinon vous devrez rembourser les allocations d'interruption déjà payées depuis le début de l'activité.

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

### Vous travaillez pour la coopération au développement

Effectuez-vous une activité rémunérée dans le cadre d'un projet reconnu de coopération au développement et vous résidez à l'étranger:

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

Date de début: .....

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 au congé pour soins palliatifs 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.

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.

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

Non  Oui

Date de début: ... ..

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

Non  Oui

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

Non  Oui

### Période de cumul

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

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

- du ... ..  
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:

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

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

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

---

### Exercez-vous un mandat politique?

Non  Oui

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

Non  Oui

Date de début: ... ..

---

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

### Etes-vous isolé?

Non  Oui

---

### Etes-vous travailleur frontalier français?

- Non  Oui (joindre 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 l'interruption de carrière. Vous devez en avertir le bureau de l'ONEM.

## Paie

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 le numéro de compte-IBAN

**Pas le numéro de votre carte bancaire**

.....

\* BIC .....

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

.....

son nom .....

- 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).

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

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.

Date .....

Signature du travailleur

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

**En tant qu'employeur, vous devez également respecter les réglementations régionales, communautaires ou sectorielles applicables en matière d'interruption de carrière. Par la signature de ce formulaire, vous attestez que ces réglementations sont respectées.**

### L'employeur

Numéro BCE ... ..

Nom .....

Adresse .....

.....

Téléphone ... ..

**A compléter en lettres CAPITALES bien lisibles**

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

### Le travailleur

Nom .....

Prénom .....

### Avertissement écrit

**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 soins palliatifs" et "La durée du congé pour soins palliatifs".**

**Le travailleur m'a averti, par écrit, à la date du ... .. qu'il veut prendre une interruption de carrière.**

## Caractéristiques du congé pour soins palliatifs

**Attention:** le régime de travail doit être mentionné en heures et minutes. Aucune déclaration en décimales ou en pourcentage ne sera acceptée.

*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 soins palliatifs).*

*Si avant le début de ce congé pour soins palliatifs, 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.*

*Il s'agit du régime de travail (durée de travail) qui tient compte des heures interrompues dans le cadre du congé pour soins palliatifs demandé.*

*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.*

Avant le début de ce congé pour soins palliatifs, le travailleur était occupé dans le cadre d'un contrat de travail de / était nommé pour ... .. h ... .. minutes/semaine.

Le régime de travail à temps plein pour cette catégorie de travailleur est de ... .. h ... .. minutes/semaine.

Pendant le congé pour soins palliatifs demandé, le travailleur sera occupé dans un régime de travail de ... .. h ... .. minutes/semaine.

**Attention:** en cas d'interruption complète, le régime de travail doit être égal à 00h00 minutes/semaine.

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

**Le régime de travail pendant le congé pour soins palliatifs 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).*

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

- Non
- Oui

**Pendant le congé pour soins palliatifs, le travailleur bénéficiera-t-il du régime de réduction du temps de travail (R.T.T. ou équivalent)?**

110  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.

Date .....

Signature et cachet de l'employeur

# ATTESTATION

## Attestation à compléter

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

## le médecin traitant du patient en soins palliatifs

Je déclare que le patient auquel le travailleur déclare vouloir dispenser des soins palliatifs se trouve en phase terminale.

Date ... ..

Signature et cachet du médecin traitant du patient