

Demande de dispense en qualité d'aidant proche

À quoi sert ce formulaire?

Vous êtes chômeur complet et vous souhaitez être dispensé de certaines obligations pour apporter :

1. des soins palliatifs ;
2. des soins à un membre de votre ménage ou de votre famille (parent ou allié) jusqu'au 2^{ème} degré, qui est gravement malade ;
3. des soins à un enfant en situation de handicap âgé de moins de 21 ans ;
4. des soins à une personne en tant qu'aidant proche reconnu.

Lorsque la dispense est accordée, vous ne devez plus être inscrit comme demandeur d'emploi, vous ne devez plus être disponible pour le marché du travail, vous pouvez refuser un emploi convenable et la procédure d'activation du comportement de recherche d'emploi est suspendue.

Pendant la période de dispense, le montant de votre allocation est diminué.

Une dispense en qualité d'aidant proche ne peut pas être simultanément accordée à plusieurs chômeurs pour apporter des soins à une même personne ayant besoin d'aide.

Si la situation qui a donné lieu à votre demande de dispense change, vous pouvez demander l'arrêt de la dispense.

La dispense peut être retirée si le médecin agréé par l'ONEM constate que l'attestation du médecin traitant ne justifie pas l'assistance en qualité d'aidant proche.

Base légale : art. 90 AR 25.11.1991

La dispense a-t-elle un impact sur la durée de votre droit aux allocations d'insertion?

Si vous bénéficiez d'allocations d'insertion, la dispense n'a pas d'impact sur la durée de votre droit à ces allocations.

La dispense a-t-elle un impact sur la durée de votre droit aux allocations de chômage?

Si vous bénéficiez d'allocations de chômage dans le cadre des mesures transitoires de la réforme de la réglementation du chômage, la dispense prolonge votre droit à ces allocations si elle a une durée effective ininterrompue d'au moins 6 mois.

Cela signifie par exemple que si vous demandez l'arrêt de la dispense durant ses 6 premiers mois, la durée de votre droit aux allocations ne sera pas prolongée.

Dans certaines hypothèses, en cas d'arrêt anticipé de la dispense, vous devrez rembourser une partie des allocations de chômage que vous avez perçues.

Contactez toujours votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB) si vous souhaitez arrêter la dispense.

Avez-vous besoin d'informations complémentaires?

Si vous souhaitez obtenir davantage d'informations concernant cette dispense et les possibilités de durée et de prolongation :

- contactez votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB) ;
- lisez la feuille info T154 « Vous désirez obtenir une dispense en qualité d'aidant proche ? ».

Les feuilles info sont disponibles auprès de votre organisme de paiement ou du bureau du chômage de l'ONEM ou peuvent être téléchargées du site internet www.onem.be.

Que devez-vous faire du formulaire?

Vous remplissez le formulaire.

Vous trouverez dans la marge de gauche des informations qui vous aideront à remplir ce formulaire.

N'oubliez pas de mentionner votre numéro NISS sur chaque page du formulaire.

Si vous demandez la dispense pour apporter des soins palliatifs ou pour des soins à un membre de votre ménage ou de votre famille (parent ou allié) jusqu'au 2^{ème} degré, qui est gravement malade, vous demandez au médecin traitant de remplir l'attestation au verso du formulaire.

Si vous demandez la dispense pour apporter des soins à un enfant en situation de handicap âgé de moins de 21 ans, vous joignez une attestation d'une instance compétente.

Si vous demandez la dispense pour apporter des soins à une personne en tant qu'aidant proche reconnu, vous joignez une attestation de reconnaissance avec octroi de droits sociaux délivrée par la mutuelle.

Vous remettez le formulaire rempli à votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB).

Ce formulaire doit parvenir à l'ONEM préalablement au début de la dispense. Vous avez toutefois jusqu'au 31.05.2026 pour introduire les demandes qui prennent cours entre le 31.12.2025 et le 31.03.2026 inclus.

Et ensuite?

L'organisme de paiement remet le(s) document(s) à l'ONEM.

L'ONEM vous envoie un courrier avec sa décision.

Dans l'attente de la décision de l'ONEM, vous devez continuer à respecter toutes vos obligations en tant que chômeur.

Les données sont traitées et conservées dans des fichiers informatiques. Vous trouverez des informations concernant la protection des données dans la brochure ONEM relative à la protection de la vie privée.

Votre identité

Nom et prénom

N° registre national (NISS)

(Voir la carte d'identité)

Votre demande de dispense

Je sollicite la dispense du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

inclus afin d'offrir des soins en qualité d'aidant proche à la **personne suivante** :

NOM et prénom

N° registre national (NISS) ____ / ____ - ____

Les soins en qualité d'aidant proche concernent :

Les soins palliatifs concernent chaque forme d'aide (médicale, sociale, administrative et psychologique) et les soins aux personnes qui souffrent d'une maladie incurable et qui se trouvent dans une phase terminale.

Cette dispense peut être accordée pour une période de 1 mois au moins et 2 mois au plus par personne ayant besoin de soins. Cette période est renouvelable. Le cas échéant, vous devez introduire un nouveau formulaire.

Gravement malade vise chaque maladie ou intervention considérée par le médecin traitant comme telle et pour laquelle il estime que le soutien pour le rétablissement est indispensable.

Un **membre du ménage** est une personne avec qui vous cohabitez sous le même toit et avec qui vous réglez les affaires ménagères en commun.

Vous trouverez dans la feuille info T154 « Vous désirez obtenir une dispense en qualité d'aidant proche ? » qui est considéré comme **parent ou allié jusqu'au 2^{ème} degré**.

Cette dispense peut être accordée pour une période de 3 mois au moins et 12 mois au plus par demande et est renouvelable. La durée cumulée des périodes de dispense pour les soins à une personne gravement malade, pour les soins à un enfant en situation de handicap et pour les soins à une personne en tant qu'aidant proche reconnu ne peut pas excéder 48 mois sur l'ensemble de votre carrière.

☐ des **soins palliatifs**.

Je demande au médecin traitant de remplir l'attestation au verso du formulaire.

☐ des soins à un membre du ménage ou de la famille (parent ou allié) jusqu'au 2^{ème} degré, qui est **gravement malade**.

Je demande au médecin traitant de remplir l'attestation au verso du formulaire.

Cette personne est ☐ un membre de mon ménage

☐ un parent ou allié jusqu'au 2^{ème} degré, qui est gravement malade,

à savoir :

(p. ex. : mon enfant, ma mère, mon beau-frère, ...)

N° registre national du chômeur (NISS) _____ / _____ - _____

Cette dispense peut être accordée pour une période de 3 mois au moins et 12 mois au plus par demande et est renouvelable. La durée cumulée des périodes de dispense pour les soins à une personne gravement malade, pour les soins à un enfant en situation de handicap et pour les soins à une personne en tant qu'aidant proche reconnu ne peut pas excéder 48 mois sur l'ensemble de votre carrière.

- ☐ soins à un **enfant en situation de handicap** âgé de moins de 21 ans.

Je joins une attestation d'une instance compétente qui montre que l'enfant souffre d'une affection, qui a pour conséquence l'attribution d'au moins 4 points dans le 1er pilier ou au moins 6 points au total des trois piliers de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation des allocations familiales.

(l'encadré ci-dessous ne doit pas être rempli par le médecin traitant)

Cette dispense peut être accordée pour une période de 3 mois au moins et 12 mois au plus par demande et est renouvelable. La durée cumulée des périodes de dispense pour les soins à une personne gravement malade, pour les soins à un enfant en situation de handicap et pour les soins à une personne en tant qu'aidant proche reconnu ne peut pas excéder 48 mois sur l'ensemble de votre carrière.

- ☐ soins à une personne par un **aidant proche reconnu**.

Je joins une attestation avec octroi de droits sociaux délivrée par la mutuelle qui montre que je suis un aidant proche reconnu.

(l'encadré ci-dessous ne doit pas être rempli par le médecin traitant)

Votre demande d'arrêt

Si votre situation change, vous pouvez demander l'arrêt de votre dispense.

Je sollicite l'arrêt de la dispense en qualité d'aidant proche à partir du _____ / _____ / _____ pour les motifs suivants :

Attention : un arrêt anticipé de la dispense peut avoir un impact sur la durée de votre droit aux allocations de chômage. Dans certains cas, vous devrez rembourser une partie des allocations de chômage perçues. Contactez toujours votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FG TB) avant d'arrêter la dispense.

.....

.....

.....

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

(à remplir obligatoirement en cas de soins palliatifs ou de soins à un membre du ménage gravement malade ou à un membre de la famille (parent ou allié) jusqu'au 2^{ème} degré, qui est gravement malade)

- ☐ **Soins palliatifs**

Je déclare que la personne ayant besoin de soins mentionnée au recto a besoin de soins palliatifs.

- ☐ **Soins à un membre du ménage gravement malade ou un membre de la famille (parent ou allié) jusqu'au 2^{ème} degré, qui est gravement malade**

Je déclare que la personne ayant besoin de soins mentionnée au recto souffre d'une maladie grave et nécessite des soins.

Date _____ / _____ / _____

Signature et cachet du médecin traitant

Il peut être mis fin prématurément à la dispense lorsque le médecin agréé par l'ONEM constate que l'attestation du médecin traitant ne démontre pas que la personne mentionnée a besoin de soins palliatifs ou de soins pour malades graves. Le médecin peut se procurer des renseignements complémentaires à cette fin auprès du médecin qui a rédigé l'attestation (art. 90, § 3, al. 5 AR 25.11.1991).

Signature

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Date : _____ / _____ / _____

Signature