

**Numéro national :**  
**Numéro du dossier :**

À rappeler dans toute correspondance

[Découvrez le point de contact](#)  
[le plus proche de chez vous via ucm.be](#)

### Attestation à compléter par l'employeur ou par l'organisme qui garantit la couverture sociale et à renvoyer à la caisse d'assurances sociales

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

déclare que le (la) nommé(e) \_\_\_\_\_ demeurant à \_\_\_\_\_

**Est occupé(e) à notre service**

Depuis le <sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Du <sup>2</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(1) S'il s'agit d'un contrat à durée indéterminée.

(2) S'il s'agit d'un contrat à durée déterminée ou si la fin du contrat est déjà intervenue.

**En qualité de SALARIE ou d'AGENT DE L'ETAT**

Je déclare sur l'honneur que le nombre d'heures de travail prestées par l'intéressé(e) est au moins égal à la moitié du nombre d'heures de travail prestées par un travailleur occupé à temps plein dans mon entreprise (ou dans la même branche d'activité).

Nombre d'heures prestées par l'intéressé(e) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : Nombre d'heures prestées pour un temps plein.

**En qualité d'ENSEIGNANT** (enseignement du jour ou du soir).

**NOMME** ; je déclare sur l'honneur que les prestations de l'intéressé(e) correspondent à 6/10<sup>èmes</sup> au moins de l'horaire prévu pour l'attribution d'un traitement complet.

**TEMPORAIRE** ; merci d'indiquer l'horaire de l'intéressé(e) dans le point « TRAVAILLEUR SALARIE ».

**Est inscrit(e) à notre organisme**

**En qualité de CHOMEUR INDEMNISE ET AUTORISE PAR L'ONEM** (à titre accessoire ou à titre occasionnel)

▪ Depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

▪ Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**En qualité de BENEFICIAIRE d'une indemnité mensuelle** payée dans le cadre de l'assurance maladie invalidité s'élevant à \_\_\_\_\_ € par an, pour une incapacité de travail de \_\_\_\_\_ %.

▪ Depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

▪ Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CACHET DE L'ORGANISME

Date : le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :