

et vous représente

au **QUOTIDIEN**

Votre contact : Service infos clients
081 32 07 05

**Document à renvoyer par recommandé
à l'adresse suivante :**

Numéro national :
Numéro du dossier :
Référence à rappeler dans toute correspondance

CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES UCM
Chaussée de Marche 637
5100 Wierde

Retrouvez l'espace UCM
le plus proche de chez vous sur UCM.be

DEMANDE D'ALLOCATION D'AIDANT PROCHE

Renvoyez ce formulaire à votre caisse d'assurances sociales UCM (par recommandé ou par dépôt dans un de nos Espaces UCM contre accusé de réception)

Données relatives au demandeur (l'aidant proche)

Nom : Prénom :

N° de Registre national : (voir carte d'identité)

Données relatives à la personne aidée

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° de Registre national : (voir carte d'identité)

S'agit-il de votre époux/épouse ou de votre cohabitant légal ? Oui Non

Existe-t-il un lien de parenté avec vous ? Oui Non

Si oui, choisissez dans la liste ci-dessous de qui il s'agit :

- Votre enfant ou l'enfant de votre époux/épouse
- Votre père ou mère
- Votre grand-père ou grand-mère
- Le grand-père ou la grand-mère de votre époux/épouse
- Votre frère ou sœur (y compris demi-frère ou demi-sœur)
- Votre beau-frère ou belle-sœur
- Votre petit-enfant ou le petit-enfant de votre époux/épouse
- L'époux/l'épouse de votre petit-enfant ou du petit-enfant de votre époux/épouse
- Votre beau-fils ou belle-fille (c'est-à-dire l'époux/épouse de votre enfant, ou de l'enfant de votre époux/épouse)
- Votre beau-père ou belle-mère (c'est-à-dire l'époux/épouse de votre père ou de votre mère, ou, le père ou la mère de votre époux/épouse)
- Autre (*précisez*) :

S'agit-il d'une autre personne qui réside à votre adresse ? Oui Non

Le cas échéant, clarifiez votre lien avec la personne aidée:

Données relatives à la nature de l'aide

Vous demandez une allocation d'aidant proche car vous allez interrompre votre activité indépendante pour donner des soins à une personne. Par la présente demande, vous reconnaissez que vous allez fournir un apport effectif, permanent et régulier de ces soins.

Précisez de quel type de soins il s'agit (*cochez la case concernée*) :

- Soins en cas de maladie grave : c'est-à-dire chaque maladie ou intervention médicale considérée comme telle par le médecin traitant et pour laquelle le médecin est d'avis que toute forme de soins ou d'assistance sociale, familiale ou mentale du travailleur est nécessaire pour la convalescence du malade.

(Dans ce cas, vous devez impérativement faire compléter par le médecin de la personne malade l'attestation médicale ci-jointe (annexe 2))

- Soins palliatifs : c'est-à-dire toute forme d'assistance, notamment médicale, sociale, administrative et psychologique ainsi que les soins donnés à des personnes souffrant d'une maladie incurable et se trouvant en phase terminale et pour lesquels le médecin est d'avis que toute forme de soins ou d'assistance du travailleur est nécessaire.

(Dans ce cas, vous devez impérativement faire compléter par le médecin de la personne malade l'attestation médicale ci-jointe (annexe 2))

- Soins apportés à votre enfant âgé de moins de 21 ans qui est atteint d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66% ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points soient reconnus dans le pilier I de l'échelle médico-sociale relative aux allocations familiales, ou âgé d'au moins 18 ans et de moins de 25 ans qui bénéficie d'une allocation d'intégration.

(En confirmation de ce qui précède, votre caisse d'assurances sociales prendra contact avec l'autorité compétente, à savoir :

- *Opgroeien Regie (enfants avec résidence principale en Flandre)*
- *AVIQ (enfants avec résidence principale en Wallonie)*
- *IRISCARE (enfants avec résidence principale en Région de Bruxelles-Capitale)*
- *Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (enfants avec résidence principale en communauté germanophone)*
- *Le SPF Sécurité Sociale, Direction générale Personnes handicapées (enfants qui bénéficient d'une allocation d'intégration)*

L'autorité compétente vous délivrera alors l'attestation requise. Veuillez remettre cette attestation à votre caisse d'assurance sociale dans les plus brefs délais.)

Données relatives à l'interruption de votre activité

Il s'agit d'une interruption temporaire d'activité qui ne doit pas donner lieu à une cessation officielle de votre activité indépendante dont l'existence est maintenue et visible auprès de la Banque Carrefour des Entreprises (BCE).

Vous allez interrompre ou réduire votre activité :

du/...../..... au/...../..... (estimation)

Vous comptez interrompre votre activité pendant une période de :
(*cochez la case concernée*)

- 1 mois 4 mois
 2 mois 5 mois
 3 mois 6 mois

Il vous sera possible de prolonger votre interruption par une ou plusieurs nouvelles demandes, la période totale ne pourra toutefois pas dépasser 12 mois sur l'ensemble de votre carrière en tant qu'indépendant.

Allez-vous poursuivre une activité indépendante pendant votre interruption temporaire ?

- Non, l'interruption temporaire de mon activité indépendante va être complète.
 Oui, l'interruption temporaire de mon activité indépendante va être partielle.
(Dans ce cas, complétez et signez la déclaration sur l'honneur ci-jointe (annexe 1))

Exercez-vous une autre activité professionnelle non indépendante (salariée, fonctionnaire, enseignant, ...) ?

- Non
- Oui, et je vais poursuivre l'exercice de cette activité non indépendante pendant la période d'interruption ou prendre des congés (y compris sans solde).
- Oui, et je vais interrompre également cette activité non indépendante pendant la période d'interruption ou une partie de cette période.
(Dans ce cas, vous devez préalablement à cette demande, introduire une demande d'allocation d'interruption auprès de l'Office national de l'emploi (ONEM). Si une telle demande a déjà été faite, joignez à la présente une copie de la décision de l'ONEM.)

Attention : Aucun paiement d'allocation ne peut avoir lieu si vous pouvez bénéficier d'une allocation de l'ONEM dans des situations équivalentes (maladie grave, soins palliatifs ou soins apportés à enfant handicapé).

Bénéficiez-vous pendant la période d'interruption de votre activité indépendante :

- D'une pension (*précisez l'intitulé de la pension et l'organisme qui vous la verse*) :
- D'une autre prestation (*précisez l'intitulé de la prestation et l'organisme qui vous la verse*) :
- Aucune prestation

(Si vous bénéficiez d'une pension ou d'une autre allocation pendant la période d'interruption (incapacité de travail, invalidité, assurance maternité, droit passerelle...), veuillez le signaler immédiatement à votre Caisse d'assurances sociales.)

Données relatives au paiement de l'allocation

Précisez le numéro de compte-IBAN sur lequel le paiement de l'allocation doit être effectué :

IBAN :

Au nom de :

Signature du demandeur (l'aidant proche)

Nom : Prénom :

Je certifie que toutes les informations figurant sur ce formulaire sont correctes et que j'ai pris connaissance des informations jointes.

Je suis conscient(e) que ma demande ne peut être traitée sans les pièces justificatives demandées.

Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit à ma caisse d'assurances sociales chaque modification de ces données.

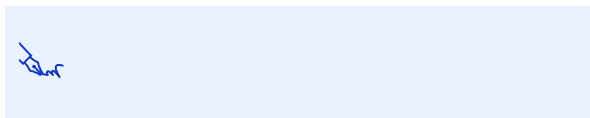
En cas de décès de la personne malade, de reprise de mon activité professionnelle ou de perception d'un revenu de remplacement, je m'engage à en informer immédiatement par écrit ma caisse d'assurances sociales.

Je suis conscient que cette déclaration est soumise à des contrôles.

Je suis conscient(e) que toute déclaration fautive ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations indûment payées et des poursuites judiciaires.

Fait à, le/...../.....

Signature :



ANNEXE 1 – DÉCLARATION SUR L'HONNEUR À COMPLÉTER EN CAS D'INTERRUPTION

Nom : Prénom :

Je déclare sur l'honneur que je vais interrompre mon activité indépendante.

- Complètement
- Partiellement (c'est-à-dire que l'ampleur de mon activité indépendante se réduira au moins de moitié par rapport à l'ampleur de mon activité indépendante en temps ordinaire).

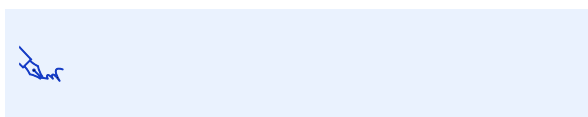
Uniquement à remplir si vous avez indiqué "partiellement" ci-dessus :

Je déclare sur l'honneur que je vais réduire mon activité de la façon suivante :
(Cochez la case éventuellement concernée et précisez)

- Je vais être aidé par ma famille ou des amis
Nom :
- Je vais fermer mon entreprise certains jours de la semaine
Jour(s) de fermeture supplémentaire(s) :
- Je vais répondre à moins de demandes/rendez-vous/engagements
.....
- Je vais arrêter une activité spécifique ou un secteur d'activité spécifique
.....
- Autre (Précisez) :

Fait à, le/...../.....

Signature :



ANNEXE 2 – ATTESTATION MÉDICALE À FAIRE COMPLÉTER EN CAS DE SOINS POUR MALADIE GRAVE OU DE SOINS PALLIATIFS

L'apport effectif, permanent et régulier de soins à mon patient (*nom et prénom*) :

.....

par l'indépendant ci-nommé :

lui est nécessaire.

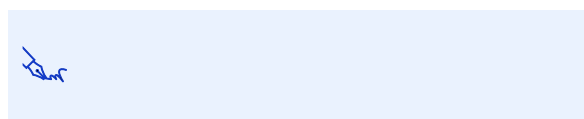
Le patient souffre, selon mes constatations :

- D'une maladie grave
- D'une maladie incurable en phase terminale

Fait à, le/...../.....

Cachet du médecin traitant :

Signature :



Cette attestation est délivrée à la demande de l'intéressé pour sa caisse d'assurances sociales en vue de l'octroi de l'allocation d'aidant proche, moyennant le respect de toutes les conditions conformément à l'arrêté royal du 27 septembre 2015 accordant une allocation en faveur du travailleur indépendant qui interrompt temporairement son activité professionnelle pour donner des soins à une personne.

DEMANDE D'ALLOCATION D'AIDANT PROCHE

Vous pouvez introduire une demande d'allocations en complétant le formulaire de demande ci-joint et en le renvoyant une fois complété à la Caisse d'assurances sociales à laquelle vous êtes affilié par lettre recommandée ou dépôt d'une requête, si vous vous trouvez dans la situation suivante :

- Vous êtes indépendant
- Vous avez payé des cotisations sociales d'indépendants d'au moins 926,48 € par trimestre, frais de gestion compris, au cours des deux trimestres qui précèdent le trimestre du début de votre interruption
- Vous voulez interrompre complètement ou réduire au moins de 50 % votre activité indépendante pour donner des soins à:
 - votre conjoint/cohabitant légal ou un membre de votre famille ou un membre de votre ménage qui souffre d'une maladie grave ou qui se trouve en fin de vie suite à une maladie incurable (soins palliatifs)
 - votre enfant âgé de moins de 25 ans qui est handicapé.

Le montant de l'allocation est égal à **1.671,01 €/mois**¹ en cas d'interruption complète de votre activité (à 100 %). Le montant est réduit de moitié (**835,51 €/mois**²) en cas de réduction de votre activité au moins de moitié ; on parle alors d'interruption partielle.

Vous pouvez interrompre complètement ou partiellement votre activité, au minimum, pour 1 mois (sauf en cas de décès de la personne avant la fin du mois) et pour 6 mois au maximum par demande.

Vous pouvez demander à interrompre votre activité plusieurs fois au cours de votre carrière mais vous ne pouvez obtenir qu'une période maximale d'au moins 12 mois d'allocation au total.

Si vous obtenez trois mois consécutifs d'allocation complète, vous pourrez, dans certains cas, également obtenir une dispense pour le paiement de la cotisation sociale du trimestre où se situe le 3ème mois d'allocation.

Dans cette hypothèse où vous obtiendrez 3 mois supplémentaires, vous pourrez à nouveau obtenir une dispense pour un trimestre supplémentaire avec un maximum de 4 trimestres sur l'ensemble de votre carrière.

Chaque trimestre de dispense est assimilé à un trimestre d'activité en matière de pension et garantit donc des droits en matière de pension et le maintien des droits dans les autres secteurs (assurance maladie- invalidité (secteur soins de santé et incapacité de travail), assurance maternité, aide à la maternité, allocations familiales et assurance en cas de faillite/droit passerelle).

La demande d'allocation d'aidant proche vaut également pour la demande de dispense et d'assimilation. Votre possibilité d'obtenir la dispense et l'assimilation sera examinée automatiquement.

¹ Montant au 1^{er} mars 2026

² Montant au 1^{er} mars 2026