

## Formulaire de demande – Allocation parentale temporaire travailleurs indépendants

Renvoyez ce formulaire par email à l'adresse [independant@partena.be](mailto:independant@partena.be) ou par courrier simple

### 1. Données du demandeur

Nom : ..... Prénom : .....

NISS : ..... (voir votre carte d'identité)

### 2. Données relatives à l'interruption de votre activité

Je déclare sur l'honneur que je réduis mon activité indépendante (cochez la ou les cases correspondant à votre situation)

- au cours de la période du 1er mai au 31 mai 2020
- au cours de la période du 1er juin au 30 juin 2020

en raison des soins que je dois apporter à mon/mes enfant(s) parce que : (cochez la case correspondant à votre situation)

- j'ai la garde de mon/mes enfant(s) pendant les heures de l'école
- autre situation (à préciser) :

### 3. Données relatives à votre enfant de 12 ans ou moins ou atteint d'un handicap

Je demande l'allocation parentale temporaire pour la garde de :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... NISS : .....

Lien avec l'enfant

- Parent naturel
- Parent adoptif
- Parent d'accueil
- Autre (à préciser) .....

Est-ce que votre enfant est atteint d'un handicap?  OUI  NON (veuillez joindre une preuve à votre demande si l'enfant a plus de 12 ans)

## 4. Données sur votre composition de ménage

---

Etes-vous isolé ?  OUI  NON

(Cela signifie que vous cohabitez exclusivement avec un ou plusieurs enfants dont au moins un est à votre charge)

## 5. Données sur votre revenu de remplacement

---

Recevez-vous actuellement un revenu de remplacement ?  OUI  NON

Si oui, lequel ? (cocher la case correspondante)

- Indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité
- Indemnités de maternité
- Pension
- Droit passerelle
- Autres (à préciser) .....

## 6. Données sur le paiement de l'allocation

---

Mentionnez le numéro de compte IBAN sur lequel l'allocation doit être payée :

N° de compte bancaire : IBAN : ..... BIC : .....

Au nom de : .....

## 7. Signature du demandeur

---

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire.

Je suis au courant du fait que ma demande ne peut pas être traitée sans les pièces justificatives demandées.

Je m'engage à signaler à ma caisse d'assurances sociales toute modification dans les renseignements mentionnés ci-dessus.

Je suis au courant du fait que chaque déclaration fautive ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations indûment versées et des poursuites judiciaires.

Nom : ..... Prénom : .....

Date : .....

Signature: