

Formulaire de demande – Allocation parentale temporaire travailleurs indépendants

Renvoyez ce formulaire par email à l'adresse 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: