

**- FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS A -**

**DISPENSE DE COTISATIONS SOCIALES DEMANDEE PAR UN INDEPENDANT**

FORMULAIRE A RENVOYER A LA CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES

**PARTIE 1 : DEMANDEUR**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ...../...../..... Né(e) à : .....  
Etat civil : ..... depuis le : .....  
Domicile  
Rue : ..... N° : ..... Bte : .....  
Code postal : ..... Localité : .....  
Numéro de téléphone professionnel: ..... GSM : .....

Je suis dans un état de besoin (ou dans une situation voisine de l'état de besoin) et \*

- je suis (j'ai été) un indépendant (complétez les parties 1 à 6 et non les parties 7 et 8)
- je suis l'héritier d'un indépendant qui doit encore payer des cotisations sociales (complétez les parties 1 à 6 et 8, non la partie 7)
- je travaille avec un aidant qui n'a pas payé ses cotisations sociales (complétez les parties 1 à 7, non la partie 8).

**COMPOSITION REELLE DU MENAGE :**

Nom et prénom des membres du ménage	Degré de parenté	Date de naissance	Profession
1. ....	.....	.....	.....
2. ....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....
5. ....	.....	.....	.....

Existe-t-il une demande de dispense en cours pour un autre membre de votre ménage ?

- oui
- non

Si oui, précisez les nom et prénom de ces membres du ménage : .....  
.....  
.....

\* marquer d'une croix la case appropriée



.....  
 .....  
 .....  
 .....

Désirez-vous être convoqué afin d'être entendu par la Commission ?\*

- Non
- Oui. Je comparâtrai personnellement (éventuellement assisté d'une autre personne).
- Oui. Je serai représenté par le mandataire suivant :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

\* marquer d'une croix la case appropriée

**PARTIE 4 : ACTIVITE(S) PROFESSIONNELLE(S)**

1) Exercez-vous actuellement une ou plusieurs activités indépendantes ?\*

- non, j'ai arrêté mon activité indépendante :  
 nature de l'activité : .....
- date de la cessation : ...../...../.....
- motif de la cessation : .....
- non, je n'exerce pas d'activité indépendante et je n'en ai jamais exercé
- oui, complétez le tableau ci-dessous :

Activité	Nature de l'activité (le cas échéant, celle de la société)	Comme Personne physique (P)*ou en société (S)*	Adresse	Date de début
1	..... ..... .....	P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	..... ..... .....	.../.../.....
2	..... ..... .....	P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	..... ..... .....	.../.../.....
3	..... ..... .....	P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	..... ..... .....	.../.../.....

2) Exercez-vous une profession autre qu'indépendante ?\*

- non
- oui, laquelle ? .....
- depuis le : .....

\* marquer d'une croix la case appropriée

1) **PARTIE 3 : REVENUS ET CREANCES**

- a) Veuillez fournir une copie des deux derniers avertissements-extraits de rôle et de votre dernière déclaration fiscale. Au cas où vous ne serez plus en possession desdits avertissements-extraits de rôle, le greffe de la Commission se chargera lui-même de les obtenir directement de l'Administration des contributions directes.
- b) Complétez le tableau ci-après en y indiquant les montants de vos revenus actuels.

	Montant annuel en EUR
<b>REVENUS PROFESSIONNELS :</b> - bruts comme indépendant ..... - nets comme indépendant ..... - autres revenus professionnels, montants nets ..... <b>REVENUS MOBILIERS :</b> - revenus d'un compte en banque ..... - revenus d'un livret d'épargne ..... - revenus d'actions ou d'obligations ..... .....	
	Montant mensuel en EUR
<b>REVENUS DE REMPLACEMENT, ALLOCATIONS, PENSIONS :</b> - pension ou rente ..... - allocation de chômage ..... - allocations familiales ..... - indemnité maladie-invalidité ..... - indemnité accident de travail ..... - allocation de handicapé ..... - rente ou pension de victime de guerre ..... - autre revenu de remplacement ..... <b>PENSION ALIMENTAIRE PERCUE :</b> ..... <b>LOYERS D'IMMEUBLES PERCUS:</b> .....	

- c) Bénéficiez-vous de l'aide du C.P.A.S. ?\*
- non
- oui. Veuillez joindre une attestation du C.P.A.S. précisant la nature, le montant et la période de l'aide.

\* marquer d'une croix la case appropriée

2) Revenus des cohabitants :

*Par cohabitant, on entend une personne vivant sous le même toit et faisant partie du même ménage que vous.*

Au moins, un cohabitant dispose-t-il de revenus ?\*

- non
- oui, complétez le tableau ci-après. N'oubliez pas d'indiquer, au-dessus de chaque colonne, le nom et le prénom du cohabitant concerné.

	Nom et prénom du cohabitant ..... .....	Nom et prénom du cohabitant ..... .....	Nom et prénom du cohabitant ..... .....
<b>REVENUS PROFESSIONNELS :</b> - bruts comme indépendant, - nets comme indépendant, - autres revenus professionnels, montants nets <b>REVENUS MOBILIERS</b> - revenus d'un compte en banque - revenus d'un livret d'épargne - revenus d'actions ou d'obligations	Montant du revenu sur base annuelle° _____ ..... ..... ..... ..... .....	Montant du revenu sur base annuelle° _____ ..... ..... ..... ..... .....	Montant du revenu sur base annuelle° _____ ..... ..... ..... ..... .....
<b>REVENUS DE REMPLACEMENT, ALLOCATIONS, PENSIONS</b> - pension ou rente - allocation de chômage - allocations familiales - indemnité maladie-invalidité - indemnité accident de travail - allocation de handicapé - rente ou pension de victime de guerre - autre revenu de remplacement <b>PENSION ALIMENTAIRE PERCUE</b> <b>LOYERS D'IMMEUBLES PERCUS</b>	Montant du revenu sur base mensuelle° _____ ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	Montant du revenu sur base mensuelle° _____ ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	Montant du revenu sur base mensuelle° _____ ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

\*marquer d'une croix la case appropriée

°en EUR

3) Revenu cadastral de l'habitation du ménage, si vous  ou un des cohabitants  en êtes le

propriétaire \*:

.....EUR

Vous-même ou un des cohabitants êtes propriétaire d'autres biens immobiliers ?

- non

- oui. Montant du revenu cadastral : 1).....EUR

2).....EUR

3).....EUR

## **PARTIE 6 : FRAIS**

1) Devez-vous payer :

a) un loyer pour votre habitation ?\*(Il ne peut s'agir du remboursement éventuel d'un prêt hypothécaire)

non

oui, montant mensuel .....EUR

b) un loyer pour d'autres immeubles qui servent à l'exercice de votre profession ?\*

non

oui, montant mensuel .....EUR

c) une pension alimentaire ,\*

non

oui, montant mensuel .....EUR

2) Avez-vous contracté un prêt hypothécaire ?\*

non

oui,

- montant total du prêt : .....EUR

- montant du remboursement annuel : .....EUR

- jusqu'à quelle date devrez-vous rembourser le prêt : .../.../.....

3) Avez-vous une autre dette ?\*

non

oui

- montant global : .....EUR

- cause : .....

- jusqu'à quelle date devrez-vous rembourser la dette :

.../.../.....

- devez-vous rembourser la dette périodiquement ?\*

non, le remboursement se fait en une fois

oui

- périodicité :.....

- montant périodique : .....EUR

(Si vous avez plusieurs dettes, donnez-en le relevé sur une feuille en annexe).

\*marquer d'une croix la case appropriée

4) Un des cohabitants a-t-il une dette à rembourser ?\*

non

oui,

- montant global : .....EUR

- cause : .....

- jusqu'à quelle date devra-t-il rembourser

la dette : .../.../.....

- doit-il rembourser la dette périodiquement ?\*

non, le remboursement se fait en une fois

oui,

- périodicité : .....

- montant périodique : .....EUR

(Si le ou les cohabitants ont plusieurs dettes, donnez-en le relevé sur une feuille en annexe).

\* marquer d'une croix la case appropriée

#### **PARTIE 7 : LE RESPONSABLE SOLIDAIRE DE L'AIDANT**

*Ce volet doit seulement être complété par l'indépendant qui demande d'être dispensé de l'obligation de payer les cotisations dues par son aidant. Si vous êtes le responsable solidaire de votre aidant, complétez tous les autres volets du formulaire, sauf le volet 8.*

Fournissez les données suivantes concernant l'aidant dont vous êtes le responsable solidaire :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .../.../..... Né(e) à : .....

.....

#### **PARTIE 8 : L'HERITIER**

*Ce volet doit seulement être complété par l'héritier d'un indépendant décédé. Si vous êtes héritier, vous devez compléter tous les volets du formulaire, sauf le volet 7.*

Fournissez les données suivantes concernant l'indépendant décédé :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .../.../..... Né(e) à : .....

Décédé le : .../.../.....

## **PARTIE 9 : ANNEXES**

Je joins au formulaire :

- une copie des deux derniers avertissements-extraits de rôle de mes impôts et de ma dernière déclaration fiscale;
- si je bénéficie d'une aide du C.P.A.S., une attestation de cet organisme;
- si je travaille en société, une copie des statuts et des trois derniers comptes annuels;
- éventuellement, une copie de tout autre document justifiant mon état de besoin (voir partie 3);
- éventuellement, une feuille détaillant mes dettes ou les dettes des cohabitants.

Total des annexes = .....

## **PARTIE 10 : DECLARATION**

..... (nom).....  
(prénom)

déclare sur l'honneur que les données de ce formulaire sont véritables et complètes.

Fait à :..... le .../.../.....

(signature)

*N'oubliez pas de conserver une copie complétée de ce formulaire pour vous.*

*Veillez communiquer tout changement d'adresse, qui se produirait au cours de la procédure, au Greffe de la Commission des dispenses de cotisations, WTC III, Boulevard Simon Bolivar, 30 - 18ème étage - à 1000 Bruxelles.*

La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements à caractère personnel est applicable au traitement des données obtenues par la Commission des dispenses de cotisations via ce formulaire.

Conformément à l'article 10 de la loi précitée, vous pouvez, à votre demande, prendre connaissance des données qui vous concernent dans notre fichier et obtenir la correction d'éventuelle erreurs.

Les données reprises dans le fichier sont seulement utilisées dans le cadre du traitement de la demande de dispense de cotisations et pour la récolte de données statistiques à caractère anonyme.