

## **Demande d'allocations familiales en tant qu'indépendant**

Monsieur, Madame,

Suite à votre demande d'allocations familiales nous vous envoyons un questionnaire en annexe. Afin de pouvoir examiner le droit aux allocations nous vous prions de bien vouloir remplir dûment ce formulaire.

Vous pouvez contacter le service des allocations familiales au 02 609 62 14/16 pour de plus amples informations ou nous envoyer un fax au 02 609 62 40. Vous pouvez également nous joindre par e-mail à l'adresse [allocationsfamiliales.independants@xerius.be](mailto:allocationsfamiliales.independants@xerius.be).

Sincères salutations

A.Verheyden  
Administrateur-Directeur Xerius

## Demande d'allocations familiales en tant qu'indépendant

### 1. Renseignements concernant l'indépendant - demandeur d'allocations familiales

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance et nationalité: \_\_\_\_\_

Adresse:       rue et n°: \_\_\_\_\_

code postal et commune: \_\_\_\_\_

Etat civil (célibataire-marié(e)-divorcé(e)-veuf(ve)) \_\_\_\_\_

Profession comme indépendant: \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_

Profession comme salarié: \_\_\_\_\_ période: de \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_

Prestation sociale – période: (maladie-chômage-pension) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_

### 2. Renseignements concernant l'époux(se) ou la personne avec qui on cohabite

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance et nationalité: \_\_\_\_\_

Adresse:       rue et n°: \_\_\_\_\_

code postal et commune: \_\_\_\_\_

Etat civil (célibataire-marié(e)-divorcé(e)-veuf(ve)) \_\_\_\_\_

Profession comme indépendant: \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_

Profession comme salarié : \_\_\_\_\_ période: de \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_

Prestation sociale- période: (maladie-chômage-pension) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_

### 3. Renseignements concernant les enfants pour qui on demande des allocations familiales

Nom et prénom	date de naissance	parenté(1)	remarque(2)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

(1): fils / fille / beau-fils / belle-fille / frère / soeur / petit-fils / petite-fille / enfant adoptif / etc

(2): étudiant - contrat d'apprentissage / sans profession / handicapé

#### 4. Renseignements concernant l'éducation des enfants

<p>Par qui et où les enfants sont-ils élevés?          Y-a-t-il des enfants qui sont élevés par une tierce personne ou dans une maison d'enfants?          Si OUI veuillez préciser le nom de la personne/organisme:</p>	<hr/> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p>Y-a-t-il des enfants faisant partie de votre ménage qui ont été confiés à une autorité publique?          Si OUI nom(s) de l'/des enfant(s):          nom de l'autorité publique:</p>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <hr/> <hr/>

#### 5. Renseignements complémentaires

<p>Quel est l'organisme qui vous a payé des allocations pour la dernière fois?          nom de cette caisse d'allocations familiales:          adresse:          n° de dossier:</p>	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>Les allocations familiales ont été payées du chef de qui?          Nom et adresse de son employeur:          Date exacte de cessation de la profession salariée:</p>	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>Est-ce que vous bénéficiez (votre époux(se) et/ou vous-même) d'allocations de chômage?</p>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p>Y-a-t-il déjà une autre caisse qui paie des allocations familiales pour un ou plusieurs enfants pour qui cette demande a été introduite?          Si OUI: Pour quels enfants?          Par quel organisme?</p>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <hr/> <hr/>
<p>Bénéficiez-vous d'une prestation sociale (maladie-accident de travail-invalidité-pension)?          Si OUI: quelle prestation et période?</p>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <hr/> <hr/>

## 6. Paiement

Si vous souhaitez que vos allocations familiales soient versées sur un compte en banque, veuillez mentionner votre numéro de compte:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Qui est le titulaire de ce compte? \_\_\_\_\_

Quel est votre numéro de téléphone? \_\_\_\_\_

## 7. Déclaration à remplir et à signer par le demandeur

Je suis au courant du fait que toute fausse ou incomplète déclaration peut donner suite à des poursuites judiciaires, sans préjudice de l'application des sanctions réglementaires et du remboursement des allocations familiales touchées indûment. Je m'engage à informer immédiatement Xerius Caisse d'Assurances sociales lorsque des modifications interviennent dans les déclarations précédentes.

Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont recueillis pour le calcul des cotisations sociales. Ils sont protégés par la loi du 8 décembre 1992 relative au traitement des données à caractère personnel. Pour consulter ou rectifier les renseignements qui vous concernent vous pouvez vous adresser à notre organisme.

J'affirme en mon âme et conscience que cette déclaration a été dûment remplie.

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_