

4. Documents à joindre (cochez le(s) document(s) joint(s))

- Une copie du document attestant du placement de l'enfant accueilli chez vous conformément à la réglementation applicable en matière d'aide à la jeunesse et de protection de la jeunesse.

Uniquement si d'application :

- Un document attestant que l'enfant accueilli est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 9 points sont octroyés dans l'ensemble des trois piliers de l'échelle médico-sociale (réglementation relative à la constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant).

5. Déclaration sur l'honneur du travailleur indépendant

- Je déclare demander une allocation de congé parental d'accueil en qualité de travailleur indépendant, telle que décrite ci-dessus et je déclare ne pas avoir déjà bénéficié du congé parental d'accueil pour cet enfant.
- Je déclare n'exercer ou n'avoir exercé aucune activité professionnelle à titre personnel pendant la semaine ou les semaines du congé parental d'accueil.
- Je m'engage à communiquer à ma mutualité tous changements impactant mon droit au congé parental d'accueil (réduction de la durée du congé, départ de l'enfant accueilli,...).

*Cochez uniquement en présence de **2 parents d'accueil** et en cas d'allongement du congé parental d'accueil avec **3 semaines supplémentaires** que je souhaite prendre :*

- Je déclare sur l'honneur que je suis le seul parent d'accueil à prendre ces 3 semaines supplémentaires.

Uniquement en présence de 2 parents d'accueil et en cas de répartition du congé parental d'accueil supplémentaire

- Je déclare sur l'honneur que je prends 1 semaine supplémentaire et que l'autre parent d'accueil prend 2 semaines supplémentaires au maximum.
- Je déclare sur l'honneur que je prends 2 semaines supplémentaires et que l'autre parent d'accueil prend 1 semaine supplémentaire au maximum.

J'affirme sur l'honneur que cette déclaration est sincère et complète.

Date : / /

Signature :

Conformément au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, nous vous informons que les données à caractère personnel collectées dans cette demande d'affiliation l'ont été dans le cadre de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, et plus particulièrement, dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire, sous la responsabilité du responsable du traitement : l'Union Nationale des Mutualités Libres, Route de Lennik, 788A à 1070 Bruxelles. Concernant la gestion de l'assurance complémentaire (également organisée par la loi du 6 août 1990 précitée), Helan Mutualité libre, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk, a collecté vos données à caractère personnel en tant que responsable du traitement. Vous avez le droit d'accéder gratuitement à vos données, de rectifier les données incomplètes ou erronées, de retirer votre consentement, de limiter ou de vous opposer à certains traitements, d'effacer les données non pertinentes, ainsi que de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé. Vous avez également le droit de nous demander le transfert de certaines données à une autre mutualité. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à contacter notre délégué à la protection des données via www.helan.be/privacy ou par courrier à l'adresse suivante : Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

Annexe relative à l'accueil simultané



Scannez ce formulaire et transmettez-le de manière numérique sur www.helan.be/dossier-indemnite

Vous ne pouvez pas le faire numériquement ?

Alors, vous pouvez l'envoyer par courrier (Helan Mutualité libre, Service Incapacité de travail, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk).

À compléter uniquement en cas d'accueil simultané de plusieurs enfants

Données concernant le travailleur indépendant

Nom :	_____
Prénom :	_____
Numéro national :	_____

Enfant 1

Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_____

Enfant 2

Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_____

Enfant 3

Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_____

Enfant 4

Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_____