



## **Demande de dispense en qualité d'aidant proche**

### **Pourquoi cette dispense?**

Vous êtes chômeur complet et vous souhaitez être dispensé de certaines obligations pour apporter

1. des soins palliatifs;
2. des soins à un membre de votre ménage ou de votre famille (parent ou allié) jusqu'au 2ème degré, qui est gravement malade;
3. des soins à un enfant handicapé âgé de moins de 21 ans.

Lorsque la dispense est accordée, vous ne devez plus être inscrit comme demandeur d'emploi, vous ne devez plus être disponible pour le marché du travail, vous pouvez refuser un emploi convenable et la procédure d'activation du comportement de recherche d'emploi est suspendue.

Pendant la période de dispense, le montant de votre allocation est diminué.

Une dispense en qualité d'aidant proche ne peut pas être simultanément accordée à plusieurs chômeurs pour apporter des soins à une même personne ayant besoin d'aide.

Si la situation qui a donné lieu à votre demande de dispense change, vous pouvez demander l'arrêt de la dispense.

La dispense peut être retirée si le médecin agréé par l'ONEM constate que l'attestation du médecin traitant ne justifie pas l'assistance en qualité d'aidant proche.

Base légale : art. 90 AR 25.11.1991

### **Avez-vous besoin d'informations complémentaires?**

Si vous souhaitez obtenir davantage d'informations concernant cette dispense et les possibilités de durée et de prolongation:

- contactez votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB);
- lisez la feuille Info T154 "Vous désirez offrir des soins en qualité d'aidant proche?".

Les feuilles info sont disponibles auprès de votre organisme de paiement ou du bureau de chômage de l'ONEM ou peuvent être téléchargées du site internet [www.onem.be](http://www.onem.be)

### **Que devez-vous faire du formulaire?**

Vous complétez le formulaire.

Vous trouverez dans la marge de gauche des informations qui vous aideront à compléter ce formulaire.

N'oubliez pas de mentionner votre numéro NISS sur chaque page du formulaire.

Si vous demandez la dispense pour apporter des soins palliatifs ou pour des soins à un membre de votre ménage ou de la famille (parent ou allié) jusqu'au 2ème degré, qui est gravement malade, vous demandez au médecin traitant de compléter l'attestation au verso du formulaire.

Si vous demandez la dispense pour apporter des soins à un enfant handicapé, vous joignez une attestation du SPF Sécurité sociale, Direction générale Personnes handicapées.

Vous remettez le formulaire complété à votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB).

**Et ensuite?**

L'organisme de paiement remet le(s) document(s) à l'ONEM.

L'ONEM vous envoie un courrier avec sa décision.

Dans l'attente de la décision de l'ONEM, vous devez continuer à respecter toutes vos obligations en tant que chômeur.



**Demande de dispense en qualité  
d'aidant proche**  
(art 90 AR 2511 1991)  
**A compléter par le chômeur**

cachôî dataui do  
l'organisme de paiement

**Votre identité**

Prénom et nom

Rue et numéro

Code postal et commune

**Votre demande de dispense**

Je sollicite la dispense du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
inclus afin d'offrir des soins en qualité d'aidant proche à la personne suivante

Votre numéro NISS se trouve au  
verso de votre carte d'identité

Les données 'téléphone' et 'e-mail' sont  
facultatives

N° registre national (NISS)

Téléphone

E-mail

(prénom, nom)

avec le numéro de registre national (NISS) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Les soins en qualité d'aidant proche

concernent  des soins palliatifs

Je demande au médecin traitant de compléter l'attestation au verso du  
formulaire

Les soins palliatifs concernent chaque forme  
d'aide (médicale, sociale, administrative et  
psychologique) et les soins aux personnes  
qui souffrent d'une maladie incurable et qui  
se trouvent dans une phase terminale. Cette  
dispense peut être accordée pour une  
période d'un mois au moins et 2 mois au  
plus par personne ayant besoin de soins.  
Cette période est renouvelable. Le cas  
échéant, vous devez introduire un nouveau  
formulaire.

Gravement malade vise chaque maladie ou  
intervention considérée par le médecin  
traitant comme telle et pour laquelle il  
estime que le soutien pour le rétablissement  
est indispensable.

Un membre du ménage est une personne  
avec qui vous cohabitez sous le même toit  
et avec qui vous réglez les affaires  
ménagères en commun.

Vous trouverez dans la feuille mfo T154 «  
Vous désirez offrir des soins en qualité  
d'aidant proche? » qui est considéré  
comme parent ou allié jusqu'au 2ème degré  
»

Cette dispense peut être accordée pour une  
période de 3 mois au moins et 12 mois au  
plus par demande et est renouvelable. La  
durée cumulée des périodes de dispense  
pour les soins à une personne gravement  
malade et pour les soins à un enfant  
handicapé ne peut pas excéder 48 mois.

des soins à un membre du ménage ou

de la famille (parent ou allié) jusqu'au 2ème degré, qui est gravement  
malade

Je demande au médecin traitant de compléter l'attestation au verso  
du formulaire

Cette personne est  un membre du ménage

un parent ou allié

jusqu'au 2ème degré, qui est gravement malade,

à savoir .....

(par ex mon enfant, ma mère, mon beau-frère )

N° registre national du chômeur (NISS).  
Cette dispense peut être accordée pour une période de 3 mois au moins et 12 mois au plus par demande et peut être renouvelable. La durée cumulée des périodes de dispense pour les soins à une personne gravement malade et pour les soins à un enfant handicapé ne peut pas excéder 48 mois.

soins à un enfant handicapé âgé de moins de 21 ans

Je joins une attestation du SPF Sécurité sociale, Direction générale Personnes handicapées qui montre que l'enfant souffre d'une affection, qui a pour conséquence l'attribution d'au moins 4 points dans le 1er pilier de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation des allocations familiales

(l'encadré ci-dessous ne doit pas être complété par le médecin traitant)

### Attestation à compléter par le médecin traitant.

**(à compléter obligatoirement en cas de soins palliatifs ou de soins à un membre du ménage gravement malade ou à un membre de la famille (parent ou allié) jusqu'au 2ème degré, qui est gravement malade)**

Soins palliatifs

Je déclare que la personne mentionnée dans l'encadré au recto a besoin de soins palliatifs

Soins à un membre du ménage gravement malade ou un membre de la famille (parent ou allié) jusqu'au 2ème degré, qui est gravement malade

Je déclare que la personne mentionnée dans l'encadré au recto souffre d'une maladie grave et nécessite des soins

Date \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature et cachet du médecin traitant

*// peut être mis fin prématurément à ta dispense lorsque le médecin agréé par l'ONEM constate que l'attestation du médecin traitant ne démontre pas que la personne mentionnée a besoin de soins palliatifs ou de soins pour malades graves. Le médecin peut se procurer des renseignements complémentaires à cette fin auprès du médecin qui a rédigé l'attestation (art 90, § 3, al 5 AR 25/11/1991)*

### Votre demande d'arrêt

Si votre situation change, vous pouvez demander l'arrêt de votre dispense

Je sollicite l'arrêt de la dispense en qualité d'aidant proche à partir du \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ pour les motifs suivants

### Signature

Vos déclarations sont conservées dans des fichiers informatiques. Je certifie que mes déclarations sont sincères et complètes.

Vous trouverez de plus amples informations concernant la protection de ces données dans la brochure relative à la protection de la vie privée disponible à l'ONEM Plus d'infos sur [www.onem.be](http://www.onem.be)

Date \_\_\_\_\_ / \_\_ \_\_ J \_\_\_\_\_ Signature