



L'ENTRAIDE, Caisse Libre d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants a.s.b.l.
agrée par A.R. du 23.10.1967 – R.P.M. 0407.843.626
Membre fondateur d'Eunomia a.s.b.l.
Rue Colonel Bourg 113 – 1140 BRUXELLES

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ARTICLE 37 POUR 'STARTERS'

*Pour les personnes mariées, veufs(veuves),
enseignants statutaires avec prestations entre 50 et 60%, et certains politiciens.*

Nom et prénom:

Date de naissance: Numéro du Registre national:

Téléphone: GSM:

Email:

Demande par la présente l'application de l'article 37 de l'A.R. du 19/12/1967 étant donné que mes revenus professionnels nets sont inférieurs aux plafonds fixés chaque année par le Service Public Fédéral de la Sécurité sociale, et sollicite, selon l'importance des revenus :

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> à payer une cotisation forfaitaire minimale sur base d'un revenu = 1.553,58 EUR |
| <input type="checkbox"/> à ne pas payer de cotisations : mes revenus professionnels nets estimés pour l'année 2021 sont inférieurs à la limite de 1.553,58 EUR |
| <input type="checkbox"/> à payer une cotisation réduite aux taux de l'activité complémentaire : mes revenus professionnels nets estimés pour l'année 2021 sont inférieurs à la limite de 7.356,08 EUR |
| <input type="checkbox"/> à payer les cotisations minimales à titre principal : mes revenus professionnels nets estimés pour l'année 2021 sont inférieurs à la limite de 14.042,57 EUR |

Je confirme avoir pris connaissance du fait que

- ✓ les cotisations seront régularisées dès que le revenu définitif pour l'année de référence seront connus et je m'engage à régler les suppléments éventuels dans l'immédiat ;
- ✓ la période pour laquelle l'article 37 est appliqué n'ouvre aucun droit aux allocations familiales, aux titres-services, à la pension et à l'assurance maladie-invalidité à titre de travailleur indépendant.
- ✓ ma demande reste valable aussi longtemps qu'il n'y est pas renoncé par écrit et que la renonciation sortira ses effets à partir du premier jour de l'année qui suit celle au cours de laquelle elle a été faite.
- ✓ ma demande d'article 37 est non recevable si ma couverture sociale complète n'est pas assurée par un autre droit social qui est au moins équivalent au statut social des travailleurs indépendants.

Date : Signature,

Le questionnaire au verso de la présente est à nous retourner dûment complété et signé, accompagné de pièces justificatives.

Questionnaire pour l'application de l'article 37
(assimilation au taux de l'activité complémentaire)

Je sollicite le bénéfice de l'article 37 sur base de:

Mon état civil depuis le:

- marié(e)
- divorcé(e)
- veuf(veuve)

En ma qualité de:

- enseignant statutaire
- politicien

VOTRE COUVERTURE SOCIALE (pièce justificative à joindre)

Exercez-vous une autre activité, outre votre activité indépendante ? oui, depuis le
 non

Si oui:

Si vous êtes salarié(e) ou enseignant non statutaire:

- ✓ travaillez-vous plein temps ? OUI/NON
- ✓ si non, vos prestations couvrent-elles au moins la moitié d'un horaire à plein temps ? OUI/NON

Si vous êtes fonctionnaire:

- ✓ travaillez-vous au moins 8 mois ou 200 jours par an ? OUI/NON
- ✓ si non, vos prestations couvrent-elles au moins la moitié d'un horaire à plein temps ? OUI/NON

Si vous êtes enseignant statutaire:

- ✓ travaillez-vous au moins 6/10^{de} d'un horaire complet ? OUI/NON
- ✓ si non, travaillez-vous au moins 50 à 60% d'un horaire complet ? OUI/NON

Nom et adresse de l'employeur:

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

Bénéficiez-vous d'un revenu de remplacement ? OUI/NON

Si oui, allocations de chômage indemnités d'interruption de carrière
 pension de retraite ou de survie indemnités de maladie ou incapacité de travail

Date de début et de fin:..... Montant mensuel:

Activité professionnelle de votre époux(se)

- salarié(e) (au moins mi-temps)
- travailleur indépendant (affilié auprès de la caisse d'assurances sociales :))
- fonctionnaire (minimum 200 jours par an)
- enseignant statutaire (6/10^{de} d'un horaire complet)

Votre époux(se) bénéficie-t-il(elle) d'un revenu de remplacement ? OUI/NON

Si oui, allocations de chômage indemnités d'interruption de carrière
 pension de retraite ou de survie indemnités de maladie ou incapacité de travail

Date de début et de fin:..... Montant mensuel:

Je m'engage à communiquer, dans les 15 jours, à ma caisse d'assurances sociales, toute modification survenant dans l'activité de mon époux(se) et de mon état civil.

Date: Signature: