

**ATTESTATION A FAIRE COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR OU PAR
 L'ORGANISME DE PAIEMENT DES REVENUS DE REMPLACEMENT**

Remarques

- seul l'original du présent document, dûment complété et signé, sera pris en compte
- pour les personnes exerçant des activités professionnelles en tant que salarié, l'attestation doit être remplie par l'employeur, sachant que ne sont pas considérées comme activités professionnelles salariées, celles qui relèvent de contrats « étudiant » et accompagnée des photocopies des 3 dernières fiches de salaire
- pour les personnes exerçant des activités professionnelles en tant qu'indépendant, l'attestation doit être remplie par la caisse de cotisation sociale et accompagnée de l'attestation fiscale relative aux revenus de l'année civile précédente (ou de tout autre document officiel prouvant ces revenus, une simple déclaration ne suffit pas).
- pour les personnes bénéficiant de revenus de remplacement, l'attestation doit être remplie par l'organisme payeur (mutuelle, bureau de chômage, CPAS) sachant que ne sont pas considérés comme revenus de remplacement, les stages d'attente et toute aide sociale (autre que le RIS) octroyée par un CPAS et accompagnée des documents prouvant le paiement des revenus de remplacement de ces 3 derniers mois.

Je soussigné(e) (*nom et prénom*).....
 représentant(e) de (*dénomination de l'employeur, de la caisse d'affiliation en tant qu'indépendant, ou du service public belge octroyant les revenus de remplacement*)

.....
 situé(e) à (*adresse complète de l'employeur, de la caisse d'affiliation en tant qu'indépendant, ou du service public belge octroyant les revenus de remplacement*) :

.....
 en qualité de (*fonction du signataire de la présente*)

Téléphone (*du signataire*) :/.....

atteste que M./Mme/Melle (*biffez les mentions inutiles*) (nom et prénom de la personne concernée)

.....
 né(e) le à

(*cochez et complétez la case correspondante*)

- (*si activités professionnelles exercées en tant que salarié(e)*)
 est / a été employé(e) dans mon établissement en qualité de (*préciser le statut*)
de manière ininterrompue depuis le / / jusqu'au
 / /
- (*si activités professionnelles exercées en tant qu'indépendant(e)*)
 est / a été affilié(e) à notre caisse de cotisation sociale de manière ininterrompue depuis le / /
 jusqu'au / /
- (*si bénéficiaire de revenus de remplacement*)
 bénéficie / a bénéficié de revenus de remplacement de manière ininterrompue depuis le / /
 jusqu'au / / Nature des revenus perçus : chômage mutuelle RIS

Fait à, le

Signature du représentant de l'employeur,
 de la caisse d'affiliation pour indépendants
 ou du service public concerné

Cachet ou sceau