Caisse d'Assurances Sociales de l'UCM

ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF AGREEE PAR L'ARRETE ROYAL DU 27 DECEMBRE 1967

Chaussée de Marche, 637 - 5100 NAMUR - Wierde ☎ : 081/32.06.11 - Fax : 081/30.74.09

Adr. postale : B.P. 38 - 5100 JAMBES e-mail : cas@ucm.be

Questionnaire en vue de l'obtention de l'attestation d'affiliation « Droit de séjour »

Date émission questionnaire : 04/03/2013 .	**Date réception questionnaire : . . . . . .**

Données d'identité

Nom* : Heneffe

Prénom*: Fabrice

Date de naissance *: 07/05/1972

Nationalité*: Belgique

Numéro national / numéro bis*:
72050729770

Domicilié à* rue de la source, 29 /12 5600 Charleroi Belgique

Lieu de résidence actuel en Belgique * : rue de la source, 27 6000 Charleroi Belgique

Documents de séjour : ……

N° de téléphone : - GSM: 071/252525

Nature activité/profession* :

……

……

Date de début*: ……

Eventuellement date de fin :
……

Caisse d'assurances sociales auprès de laquelle vous êtes affilié *:

……

*: champ obligatoire

☐ **Occupation au sein d'une société**

Nom de la société :
……

Adresse de la société :

……

N° BCE : ……

☑ Actionnaire ? ……..

Nombre de parts ? ……

De l'argent a-t-il été versé pour les parts ? Si oui, veuillez joindre la preuve.

Oui……

Avez-vous fait des investissements dans la société ?

Oui……
.

☑ mandat ? ☑ gérant ☑ administrateur ☑ test……

Date de nomination : ...……

Eventuellement date de démission :
……

Quelle est l'activité effectuée (description, qui vous donne du travail, qui vous donne les explications nécessaires, horaires éventuels) :

……

……

……

Statut d'indépendant ? ☐ choix personnel ☑ imposé par la société

Comment la collaboration a-t-elle été établie ?
……

……

S'il existe un contrat écrit, veuillez le joindre.

Oui……

……

D'autres personnes effectuent-elles les mêmes tâches ?

Oui……

Si déjà d'application
A quels endroits avez-vous effectué l'activité et pour quels clients ? :

- En (période) : …….....

  pour ……..……

- En (période) : ……..……..

  pour ……..……

- En (période) : …..……

  pour ……..……

- En (période) : ……

  pour ……..……

Veuillez chaque fois joindre une preuve de ces prestations fournies : une facture, une preuve de paiement, des déclarations fiscales …….

Si déjà d'application
Comment êtes-vous payé ? **Ajouter au minimum une preuve de paiement**

……

☐ **Activité comme travailleur indépendant ou aidant**

☐ travailleur indépendant

N° BCE : ……

☑ aidant

auprès de : ……

Comment êtes-vous payé dans ce cas ? *Si déjà d'application*
Ajouter au minimum une preuve de paiement

……

Statut d'aidant ☑ choix personnel

☐ imposé par l'indépendant aidé

L'indépendant aidé dispose-t-il ou a-t-il disposé d'autres aidants ?

Oui……

Si oui, exercent-ils les mêmes tâches ?

Oui……

Quelle est l'activité effectuée (description) :

……

……

……

Si déjà d'application
A quels endroits avez-vous effectué votre activité ou exercerez-vous votre activité et pour quels clients ? :

- En (période) : ……

  lieu ……

- En (période) : ……

  lieu ……

- En (période) : ……

  lieu ……

Veuillez chaque fois joindre une preuve de ces prestations fournies : une facture, une preuve de paiement, des déclarations fiscales …….

☐ **Cessation de l'activité**

Si les activités n'ont pas commencé ou ont pris fin, vous devez remplir et signer la déclaration ci-dessous.

DECLARATION SUR L'HONNEUR :

Je déclare que

⊗ l'activité professionnelle n'a pas débuté

⊗ l'activité professionnelle a pris fin le 01/01/2013……..... ……

⊗ j'ai exercé une autre activité professionnelle :

☐ en Belgique ☑ autre pays

test……

Date de prise de cours : ……..

⊗ je bénéficie d'une allocation : test……

Je déclare que ces données sont véritables et complètes.

Je m'engage à communiquer toute modification ou cessation à ma caisse d'assurances sociales dans les 15 jours civils .

Date : **Nom et signature**

A retourner dans les 15 jours à la caisse d'assurances sociales, soit par envoi recommandé, soit par dépôt sur place.