Déclaration sur l'honneur pour la prolongation de la reconnaissance en tant qu'aidant proche pour un droit social[1]

helan
Mutualité libre

Comment prolonger votre reconnaissance en tant qu'aidant proche ?
Complétez le formulaire ci-dessous et renvoyez-le nous au plus vite :

De manière numérique : Téléchargez-en une photo ou un scan sur www.helan.be/reconnaissance-aidant-proche

Ou par courrier : Helan Mutualité libre, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

PARTIE I : Données d'identification

	Aidant proche	**Personne aidée**
Nom et prénom :		
Numéro NISS :		
Mutualité (n°) :	526	
Numéro d'inscription :		
Adresse : (ou une vignette de la mutualité)		
Adresse e-mail :		

PARTIE II : Signature

Nous déclarons qu'il existe déjà une reconnaissance en tant qu'aidant proche pour un droit social, et nous souhaitons la prolonger.

En signant ce formulaire, nous déclarons tous les deux que les conditions pour la reconnaissance en tant qu'aidant proche pour un droit social sont toujours remplies.

Je sais qu'une déclaration inexacte ou incomplète ou que l'omission d'effectuer une déclaration obligatoire ou de fournir les renseignements que je suis tenu(e) de fournir peut donner lieu à des amendes, à une sanction administrative ou à des poursuites judiciaires, sans préjudice d'éventuelles récupérations conformément aux articles 230 à 236 inclus du Code pénal social et je m'engage à communiquer toute modification à ma mutualité.

Aidant proche

☐ *"J'accepte, en cochant cette case, que la mutualité de la personne à laquelle j'apporte aide et soutien prenne contact avec ma mutualité afin de pouvoir échanger les informations nécessaires au traitement de la présente demande."*
(à cocher par l'aidant proche)

Je confirme sur l'honneur que ma déclaration est sincère et complète, et que je communiquerai immédiatement tout changement à ce sujet.

Date de signature : ..... / ..... / .....

Signature de l'aidant proche ou de son représentant légal :

Personne aidée

☐ *"J'accepte, en cochant cette case, que la mutualité de la personne m'apportant aide ou soutien prenne contact avec ma mutualité afin de pouvoir échanger les informations nécessaires au traitement de la présente demande"*
(à cocher par la personne aidée)

Je confirme sur l'honneur que ma déclaration est sincère et complète, et que je communiquerai immédiatement tout changement à ce sujet.

Date de signature : ..... / ..... / .....

Signature de la personne aidée ou de son représentant légal :

[1] *Loi du 12 mai 2014*

Les organismes assureurs collectent et traitent les données à caractère personnel. Nous le faisons pour pouvoir effectuer notre tâche en tant que mutualité, pour gérer votre dossier et pour vous informer de nos services et activités dans le cadre de la réglementation relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux. Vous avez le droit de savoir quelles sont les données que nous traitons, de demander de corriger er vos données, de vous opposer à des décisions automatisées. Envoyez votre demande à l'attention de notre responsable de la des données à notre adresse postale ou grâce au formailaire www.helan.be/question-gdpr

A526ST0131000000000000000000000000A