

Demande d'exercice d'une activité comme bénévole pendant une période d'incapacité de travail

helan

Mutualité libre

Scannez ce formulaire et transmettez-le de manière numérique sur www.helan.be/contactez-nous

Vous ne pouvez pas le faire numériquement ?

Alors, vous pouvez l'envoyer par courrier (Helan Mutualité libre, Service Incapacité de travail, Boomssesteenweg 5, 2610 Wilrijk).

Quelle est l'utilité de ce formulaire ?

Complétez ce formulaire si vous souhaitez exercer une activité comme bénévole pendant une période d'incapacité de travail.

Est considéré comme travail bénévole toute activité non-rémunérée et non obligatoire exercée par une personne physique pour une ou des personnes faisant partie d'un groupe ou d'une organisation.

Conditions

- L'organisation doit être une association de fait sans personnalité juridique ou une personne morale de droit public ou privé, **sans but lucratif**.
- L'organisation peut être un **LETS** (un système local d'échange : une association locale et fermée de personnes échangeant services et connaissances, où l'échange des activités est mesuré au moyen d'une unité d'échange choisie par ses membres).
- L'objet de l'organisation doit être **désintéressé et social**.
- L'activité ne peut pas être exercée dans le cadre d'un **contrat de travail**, d'un contrat de services ou d'une désignation statutaire.
- L'activité du bénévole ne peut **pas** être **rémunérée**. Les frais qu'il a supportés pour l'organisation peuvent lui être remboursés par cette organisation.
- L'activité doit être **compatible** avec son état de santé général.

Quand et à qui transmettre ce formulaire ?

- Transmettez-nous le formulaire de demande (par courrier, par e-mail ou en agence) **au plus tard le jour ouvrable précédant le début** de l'activité.
Par exemple, si vous souhaitez débiter une activité le lundi 30/10, nous devons recevoir le formulaire de demande au plus tard le vendredi 27/10.
- Vous pourriez être invité(e) à vous présenter chez le médecin-conseil à ce propos.

ATTENTION ! En cas de **modification quelconque**, vous devez en informer la mutualité en lui adressant un nouveau formulaire de demande **avant** la prise d'effet de la modification (changement d'horaire, d'activité, d'employeur).

DEMANDE D'AUTORISATION POUR POUVOIR COMMENCER À EXERCER UNE ACTIVITÉ COMME BÉNÉVOLE PENDANT UNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL, AVEC MAINTIEN DE LA RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Je soussigné(e),

Nom et prénom :

Numéro de Registre national :

ou collez une vignette d'identification ici

Numéro de GSM ou de téléphone :

E-mail :

Demande au médecin-conseil de la mutualité l'autorisation de reprendre une activité comme bénévole à partir du / / (JJ/MM/AAAA).

1. Quelles tâches allez-vous effectuer ? Décrivez une à une et aussi concrètement que possible toutes les occupations/tâches que vous allez effectuer

2. Indiquez selon quel horaire vous allez exercer vos activités :

a) J'ai un horaire de travail **fixe** (dans ce cas, complétez la grille horaire ci-dessous*)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Semaine 1	De	De	De	De	De	De	De
	à	à	à	à	à	à	à
Semaine 2	De	De	De	De	De	De	De
	à	à	à	à	à	à	à

* Si les jours et heures de travail sont toujours les mêmes, n'indiquez les heures que pour la semaine 1.

b) J'ai un horaire de travail **variable** (pas d'horaire fixe)

Nombre d'heures par semaine : /semaine

3. Complétez les coordonnées ci-dessous

- Nom de l'organisation :
- Nom du responsable :
- Adresse :
- Numéro de téléphone :

Je confirme que cette déclaration est complète et sincère.

Date: / /

Signature :



K005111D0000000764619500