

Vu l'arrêté royal du 30 décembre 1993 relatif au recrutement de personnel statutaire dans certains services publics pour l'année 1994, notamment l'article 3;

Vu l'arrêté royal du 30 août 1980 fixant le cadre du personnel de l'Administration générale de la Coopération au Développement, modifié par les arrêtés royaux des 3 juin 1982, 25 juin 1985, 27 juin 1989, 16 novembre 1992;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 18 juillet 1994;

Vu l'accord de Notre Ministre de la Fonction publique, donné le 18 juillet 1994;

Sur la proposition de Notre Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires étrangères et de Notre Secrétaire d'Etat à la Coopération au Développement et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Pour l'année 1994, il est accordé à l'Administration générale de la Coopération au Développement l'autorisation de recruter le personnel statutaire suivant :

- 4 secrétaires d'administration.

Art. 2. Notre Secrétaire d'Etat à la Coopération au Développement est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 11 janvier 1995.

ALBERT

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires étrangères,
F. VANDENBROUCKE

Le Secrétaire d'Etat à la Coopération au Développement,
E. DERYCKE

Gelet op het koninklijk besluit van 30 december 1993 betreffende de werving van statutair personeel in sommige overheidsdiensten voor het jaar 1994, inzonderheid op artikel 3;

Gelet op het koninklijk besluit van 30 augustus 1980 tot vaststelling van de personeelsformatie van het Algemeen Bestuur van de Ontwikkelingssamenwerking, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 3 juni 1982, 25 juni 1985, 27 juni 1989, 16 november 1992;

Gelet op het akkoord van Onze Minister van Begroting, gegeven op 18 juli 1994;

Gelet op het akkoord van Onze Minister van Ambtenarenzaken, gegeven op 18 juli 1994;

Op de voordracht van Onze Vice-Eerste Minister en Minister van Buitenlandse Zaken en van Onze Staatssecretaris voor Ontwikkelingssamenwerking en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Voor het jaar 1994, wordt aan het Algemeen Bestuur van de Ontwikkelingssamenwerking machtiging verleend tot werving van volgende statutaire personeelsleden :

- 4 bestuurssecretarissen.

Art. 2. Onze Staatssecretaris voor Ontwikkelingssamenwerking is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 11 januari 1995.

ALBERT

Van Koningswege :

De Vice-Eerste Minister en Minister van Buitenlandse Zaken,
F. VANDENBROUCKE

De Staatssecretaris voor Ontwikkelingssamenwerking,
E. DERYCKE

MINISTERE DES CLASSES MOYENNES ET DE L'AGRICULTURE

F. 95 - 1826

27 MARS 1995. - Arrêté ministériel déterminant le modèle du formulaire de renseignements A visé à l'article 89 de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants

Le Ministre des Petites et Moyennes Entreprises et de l'Agriculture,

Vu l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, notamment l'article 22, alinéa 4, modifié par la loi du 30 décembre 1992;

Vu l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, notamment l'article 89, remplacé par l'arrêté royal du 9 décembre 1994,

Arrête :

Article 1^{er}. Le formulaire de renseignements A, visé à l'article 89 de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, doit être conforme au modèle annexé au présent arrêté.

Art. 2. L'arrêté ministériel du 29 août 1985 est abrogé.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} avril 1995.

Bruxelles, le 27 mars 1995.

A. BOURGEOIS

MINISTERIE VAN MIDDENSTAND EN LANDBOUW

N. 95 - 1826

27 MAART 1995. - Ministerieel besluit houdende vaststelling van het model van het inlichtingsformulier A bedoeld in artikel 89 van het koninklijk besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen

De Minister van de Kleine en Middelgrote Ondernemingen en Landbouw,

Gelet op het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende van het sociaal statuut der zelfstandigen, inzonderheid op artikel 22, vierde lid, gewijzigd bij de wet van 30 december 1992;

Gelet op het koninklijk besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, inzonderheid op artikel 89, § 1, vervangen bij het koninklijk besluit van 9 december 1994,

Besluit :

Artikel 1. Het inlichtingsformulier A, bedoeld in artikel 89 van het koninklijk besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, moet gelijkvormig zijn aan het bij dit besluit gevoegde model.

Art. 2. Het ministerieel besluit van 29 augustus 1985 wordt opgeheven.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 maart 1995.

Brussel, 27 maart 1995.

A. BOURGEOIS

Annexe à l'arrêté ministériel du 27 mars 1995.

Bijlage bij het ministerieel besluit van 27 maart 1995.

- FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS A -**DISPENSE DE COTISATIONS SOCIALES DEMANDEE PAR UN INDEPENDANT**

FORMULAIRE A RENVOYER A LA CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES

PARTIE 1 : DEMANDEUR

Nom
 Prénom
 Né(e) le : .. / .. / .. Né(e) à :
 Etat civil : depuis le :

Domicile
 Rue : N° : Bte :
 Code postal : Localité :

Je suis dans un état de besoin (ou dans une situation voisine de l'état de besoin) et *

- je suis (j'ai été) un indépendant
 (complétez les parties 1 à 6 et non les parties 7 et 8)
- je suis l'héritier d'un indépendant qui doit encore payer des cotisations sociales (complétez les parties 1 à 6 et 8, non la partie 7)
- je travaille avec un aidant qui n'a pas payé ses cotisations sociales (complétez les parties 1 à 7, non la partie 8)

PARTIE 2 : OBJET DE LA DEMANDE

Attention : les trimestres pour lesquels vous avez obtenu une dispense ne sont pas pris en compte pour le calcul de votre pension.

Je demande dispense des cotisations suivantes, réclamées par la Caisse d'assurances sociales (complétez le tableau) :

Cotisations provisoires et définitives					Cotisations de régularisation
année(s)	trimestres*				année(s)
	1°	2°	3°	4°	
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Modèle A1

* marquer d'une croix la case appropriée

PARTIE 4 : ACTIVITE(S) PROFESSIONNELLE(S)

1) Exercez-vous actuellement une ou plusieurs activités indépendantes ? *

- non, j'ai arrêté mon activité indépendante :
nature de l'activité :
date de la cessation : .. / .. / ..
motif de la cessation :
- non, je n'exerce pas d'activité indépendante et je n'en ai jamais exercé
- oui, complétez le tableau ci-dessous :

Activité	Nature de l'activité (le cas échéant, celle de la société)	Comme personne physique (P)* ou en société (S)*	Adresse	Date de début
1	P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> / .. / ..
2	P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> / .. / ..
3	P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> / .. / ..

2) Exercez-vous une profession autre qu'indépendante ? *

- non
- oui, laquelle ?
- depuis le :

PARTIE 5 : REVENUS ET CREANCES

1) Vos revenus :

a) Veuillez fournir une copie des deux derniers avertissements-extraits de rôle et de votre dernière déclaration fiscale. Au cas où vous ne serez plus en possession desdits avertissements-extraits de rôle, le greffe de la Commission se chargera lui-même de les obtenir directement de l'Administration des contributions directes.

b) Complétez le tableau de la page suivante en y indiquant les montants de vos revenus actuels.

* marquer d'une croix la case appropriée

	Montant annuel
REVENUS PROFESSIONNELS :	
- comme indépendant, montant brut
- comme indépendant, montant net
- autres revenus professionnels, montant net
REVENUS MOBILIERS :	
- revenus d'un compte en banque
- revenus d'un livret d'épargne
- revenus d'actions ou d'obligations
	Montant mensuel
REVENUS DE REMPLACEMENT, ALLOCATIONS, PENSIONS :	
- pension ou rente
- allocation de chômage
- allocations familiales
- indemnité maladie-invalidité
- indemnité accident de travail
- allocation de handicapé
- rente ou pension de victime de guerre
- autre revenu de remplacement
PENSION ALIMENTAIRE :
LOYERS D'IMMEUBLES :

c) Bénéficiez-vous de l'aide du C.P.A.S.? *

- non
- oui. Veuillez joindre une attestation du C.P.A.S. précisant la nature, le montant et la période de l'aide.

2) Revenus des cohabitants :

Par cohabitant, on entend une personne vivant sous le même toit et faisant partie du même ménage que vous.

Au moins un cohabitant dispose-t-il de revenus? *

- non
- oui, complétez le tableau de la page suivante. N'oubliez pas d'indiquer, au-dessus de chaque colonne, le nom et le prénom du cohabitant concerné.

* marquer d'une croix la case appropriée

	Nom et prénom du cohabitant	Nom et prénom du cohabitant	Nom et prénom du cohabitant
	Montant du revenu sur base annuelle	Montant du revenu sur base annuelle	Montant du revenu sur base annuelle
REVENUS PROFESSIONNELS			
- comme indépendant, brut	.....	.....	.....
- comme indépendant, net	.....	.....	.....
- autres revenus professionnels, montant net	.....	.....	.....
REVENUS MOBILIERS			
- revenus d'un compte en banque	.....	.....	.....
- revenus d'un livret d'épargne	.....	.....	.....
- revenus d'actions ou d'obligations	.....	.....	.....
	Montant du revenu sur base mensuelle	Montant du revenu sur base mensuelle	Montant du revenu sur base mensuelle
REVENUS DE REMPLACEMENT, ALLOCATIONS, PENSIONS			
- pension ou rente	.....	.....	.....
- allocation de chômage	.....	.....	.....
- allocations familiales	.....	.....	.....
- indemnité maladie-invalidité	.....	.....	.....
- indemnité accident de travail	.....	.....	.....
- allocation de handicapé	.....	.....	.....
- rente ou pension de victime de guerre	.....	.....	.....
- autre revenu de remplacement	.....	.....	.....
PENSION ALIMENTAIRE	.....	.....	.....
LOYERS D' IMMEUBLES	.....	.....	.....

3) Si vous ou un des cohabitants en êtes le propriétaire, revenu cadastral de l'habitation du ménage :
..... FB

Vous-même ou un des cohabitants êtes propriétaire d'autres biens immobiliers ? *

non

oui. Montant du revenu cadastral : 1) FB

2) FB

3) FB

* marquer d'une croix la case appropriée

PARTIE 6 : FRAIS

1) Devez-vous payer :

a) un loyer pour votre habitation ? *

- non FB
 oui, montant mensuel

b) un loyer pour d'autres immeubles qui servent à l'exercice de votre profession ? *

- non FB
 oui, montant mensuel

c) une pension alimentaire ? *

- non FB
 oui, montant mensuel

2) Avez-vous contracté un prêt hypothécaire ? *

- non
 oui,
 - montant total du prêt : FB
 - montant du remboursement annuel : FB
 - jusqu'à quelle date devrez-vous rembourser
 le prêt : . . . / . . . / . . .

3) Avez-vous une autre dette ? *

- non
 oui, FB
 - montant global :
 - cause :
 - jusqu'à quelle date devrez-vous rembourser la dette :
 . . . / . . . / . . .
 - devez-vous rembourser la dette périodiquement ? *
 non, le remboursement se fait en une fois
 oui,
 - périodicité :
 - montant périodique : FB

(Si vous avez plusieurs dettes, donnez-en le relevé sur une feuille en annexe)

* marquer d'une croix la case appropriée

4) Un des cohabitants a-t-il une dette à rembourser ? *

non

oui,

- montant global :

..... FB

- cause :

- jusqu'à quelle date devra-t-il rembourser

la dette .. / .. / ..

- doit-il rembourser la dette périodiquement ? *

non, le remboursement se fait en une fois

oui,

- périodicité :

- montant périodique :

..... FB

(Si le ou les cohabitants ont plusieurs dettes, donnez-en le relevé sur une feuille en annexe)

PARTIE 7 : LE RESPONSABLE SOLIDAIRE DE L'AIDANT

Ce volet doit seulement être complété par l'indépendant qui demande d'être dispensé de l'obligation de payer les cotisations dues par son aidant. Si vous êtes le responsable solidaire de votre aidant, complétez tous les autres volets du formulaire, sauf le volet 8.

Fournissez les données suivantes concernant l'aidant dont vous êtes le responsable solidaire:

Nom : Prénom :

Né(e) le : .. / .. / .. Né(e) à :

PARTIE 8 : L'HERITIER

Ce volet doit seulement être complété par l'héritier d'un indépendant décédé. Si vous êtes héritier, vous devez compléter tous les volets du formulaire, sauf le volet 7.

Fournissez les données suivantes concernant l'indépendant décédé :

Nom : Prénom :

Né(e) le : .. / .. / .. Né(e) à :

Décédé(e) le : .. / .. / ..

* marquer d'une croix la case appropriée

PARTIE 9 : ANNEXES

Je joins au formulaire :

- une **attestation de la composition actuelle du ménage**, que je peux obtenir auprès de mon administration communale;
- une copie des deux derniers **avertissements-extraits de rôle** de mes impôts et de ma dernière **déclaration fiscale**;
- si je bénéficie d'une **aide du C.P.A.S.**, une **attestation** de cet organisme;
- si je travaille en société, une copie des **statuts** et des trois derniers **comptes annuels**;
- éventuellement, une copie de tout autre document justifiant mon état de besoin (voir partie 3);
- éventuellement, une feuille détaillant mes dettes ou les dettes des cohabitants.

Total des annexes =

PARTIE 10 : DECLARATION

Je soussigné, (nom) (prénom)

déclare sur l'honneur que les données de ce formulaire sont véritables et complètes.

Fait à : le : ... / ... /

(signature)

N'oubliez pas de conserver une copie complétée de ce formulaire pour vous.

Veillez communiquer tout changement d'adresse, qui se produirait au cours de la procédure, au Greffe de la Commission des dispenses de cotisations, Rue J. Stevens 7, à 1000 Bruxelles.

La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements à caractère personnel est applicable au traitement des données obtenues par la Commission des dispenses de cotisations via ce formulaire.

Conformément à l'article 10 de la loi précitée, vous pouvez, à votre demande, prendre connaissance des données qui vous concernent dans notre fichier et obtenir la correction d'éventuelles erreurs.

Les données reprises dans le fichier sont seulement utilisées dans le cadre du traitement de la demande de dispense de cotisations et pour la récolte de données statistiques à caractère anonyme.

- INLICHTINGSFORMULIER A -

VRIJSTELLING VAN SOCIALE BIJDRAGEN GEVRAAGD DOOR EEN
ZELFSTANDIGE

FORMULIER TERUG TE ZENDEN NAAR HET SOCIAAL VERZEKERINGSFONDS

DEEL 1 : AANVRAGER

Naam :
 Voornaam :
 Geboren op :/../..... Geboren te :
 Burgerlijke staat : sedert :

Woonplaats
 Straat : Nummer : Bus :
 Postnummer : Gemeente :

Ik verkeer in een staat van behoefte (of in een toestand die de staat van behoefte benadert) en*

- ik ben (ik was) zelfstandige
 (Vul delen 1 tot en met 6 in, dus niet 7 en 8)
- ik ben erfgenaam van een zelfstandige die nog sociale bijdragen moet betalen (Vul delen 1 tot en met 6, en 8 in, dus niet 7)
- ik werk met een helper die zijn sociale bijdragen niet betaald heeft
 (Vul delen 1 tot en met 7 in, dus niet 8)

DEEL 2 : ONDERWERP VAN DE AANVRAAG

Opgelet : De kwartalen waarvoor vrijstelling wordt bekomen, komen niet in aanmerking voor de berekening van uw pensioen.

Ik wens vrijstelling van de volgende, door het sociaal verzekeringsfonds gevorderde bijdragen (vul de tabel in) :

Voorlopige en definitieve bijdragen					Regularisatie- bijdragen
ja(a)r(en)	kwartalen*				ja(a)r(en)
	1°	2°	3°	4°	
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Model A1

* het gewenste vakje aankruisen

DEEL 4 : BEROEPSACTIVITEIT(EN)

1) Oefent u momenteel één of meer zelfstandige beroepsactiviteiten uit ? *

- neen, ik heb mijn zelfstandige beroepsactiviteit stopgezet :
 aard van de beroepsactiviteit :
 datum van de stopzetting : .. / .. / ..
 reden van de stopzetting :
- neen, ik oefen geen zelfstandige beroepsactiviteit uit en heb er nooit één uitgeoefend
- ja, vul onderstaande tabel in :

Activiteit	Aard van de activiteit (in voorkomend geval die van de vennootschap)	Als natuurlijk persoon (N)* of in vennoot- schap (V)*	Adres	Aanvangs- datum
1	N <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> / .. / ..
2	N <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> / .. / ..
3	N <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> / .. / ..

2) Oefent u een niet-zelfstandig beroep uit ? *

- neen
- ja, welk ?
 sedert :

DEEL 5 : INKOMSTEN EN SCHULDVORDERINGEN

1) Uw inkomsten :

a) Gelieve hierbij een afschrift te voegen van de laatste twee aanslagbiljetten en van uw laatste belastingsaangifte. In geval u niet meer beschikt over genoemde aanslagbiljetten, zal de griffie van de Commissie zelf het nodige doen om ze rechtstreeks bij de Administratie der directe belastingen te bekomen.

b) Vermeld in de onderstaande tabel de bedragen van uw huidige inkomsten.

* het gewenste vakje aankruisen

	Jaarlijks bedrag
BEROEPSINKOMENS :	
- als zelfstandige, bruto-bedrag
- als zelfstandige, netto-bedrag
- andere beroepsinkomens, netto-bedrag
ROERENDE INKOMENS :	
- inkomens van een bankrekening
- inkomens van een spaarboekje
- inkomens van aandelen of obligaties
	Maandelijks bedrag
VERVANGINGSINKOMENS, UITKERINGEN, PENSIOENEN :	
- pensioen of rente
- werkloosheidsuitkering
- kinderbijslag
- ziekte -en invaliditeitsvergoeding
- vergoeding wegens arbeidsongeval
- uitkering als gehandicapte
- rente of pensioen van oorlogsslachtoffer
- ander vervangingsinkomen
ALIMENTATIE :
HUURGELD VAN ONROERENDE GOEDEREN :

c) Geniet u O.C.M.W. - steun ? *

- neen
- ja. Gelieve hierbij een attest van het O.C.M.W. te voegen, waarin de aard, het bedrag en de periode van de tegemoetkoming worden gepreciseerd.

2) Inkomens van de samenwonenden :

Onder samenwonende verstaat men een persoon die met u onder hetzelfde dak woont en deel uitmaakt van hetzelfde gezin.

Beschikt tenminste één samenwonende over inkomsten ? *

- neen
- Ja. vul de tabel op de volgende bladzijde in. Vergeet niet bovenaan elke kolom de naam en voornaam van de betrokken samenwonende in te vullen.

* het gewenste vakje aankruisen

	Naam en voornaam van de samen- wonende	Naam en voornaam van de samen- wonende	Naam en voornaam van de samen- wonende

	Bedrag van het inkomen op jaarbasis	Bedrag van het inkomen op jaarbasis	Bedrag van het inkomen op jaarbasis
BEROEPINKOMENS			
- als zelfstandige, bruto	.....	.....	.....
- als zelfstandige, netto	.....	.....	.....
- andere, netto	.....	.....	.....
ROERENDE INKOMENS			
- inkomens van een bankrekening	.....	.....	.....
- inkomens van een spaarboekje	.....	.....	.....
- inkomens van aandelen of obligaties	.....	.....	.....
	Bedrag v/h. inkomen op maandelijkse basis	Bedrag v/h. inkomens op maandelijkse basis	Bedrag v/h. inkomens op maandelijkse basis
VERVANGINGSINKOMENS, UITKERINGEN, PENSIOENEN			
- pensioen of rente	.....	.....	.....
- werkloosheidsuitkering	.....	.....	.....
- kinderbijslag	.....	.....	.....
- ziekte -en invaliditeitsvergoeding	.....	.....	.....
- vergoeding wegens arbeidsongeval	.....	.....	.....
- uitkering als gehandicapte	.....	.....	.....
- rente of pensioen van oorlogsslachtoffer	.....	.....	.....
- ander vervangingsinkomen	.....	.....	.....
ALIMENTATIE	.....	.....	.....
HUURGELD VAN ONROERENDE GOEDEREN	.....	.....	.....

- 3) Indien u of één van de medebewoners eigenaar is van de woning die het gezin betreft, bedrag van het kadastraal inkomen : BF.

Bent uzelf of één van de medebewoners eigenaar van andere onroerende goederen ? *

neen

ja. Bedrag van het kadastraal inkomen : 1) BF
2) BF
3) BF

* het gewenste vakje aankruisen

DEEL 6 : KOSTEN

1) Betaalt u :

a) huurgeld voor uw woning ? *

- neen
- ja, maandelijks bedrag BF

b) huurgeld voor andere onroerende goederen die dienen voor het uitoefenen van uw beroep? *

- neen
- ja, maandelijks bedrag BF

c) alimentatie ? *

- neen
- ja, maandelijks bedrag BF

2) Hebt u een hypothecaire lening aangegaan ? *

- neen
- ja,
 - totaal bedrag van de lening : BF
 - bedrag van de jaarlijkse aflossing : BF
 - tot wanneer moet u de lening nog afbetalen :
.....

3) hebt u nog een andere schuld te vereffenen ? *

- neen
- ja,
 - totaal bedrag : BF
 - oorzaak :
 - tot wanneer moet u de schuld vereffenen :
.....
 - moet u de schuld periodiek vereffenen ? *
 - neen, de vereffening gebeurt in één keer
 - ja,
 - periodiciteit :
 - periodiek bedrag : BF

(Indien u meerdere schulden hebt, voeg dan hierbij een afzonderlijk blad waarop u ze allemaal opsomt)

* het gewenste vakje aankruisen

4) Heeft een der samenwonenden een schuld te vereffenen ? *

neen

ja.

- globaal bedrag : BF

- oorzaak :

- tot wanneer moet hij die schuld vereffenen

.....

- moet hij de schuld periodiek vereffenen ? *

neen, de vereffening gebeurt in één keer

ja.

- periodiciteit :

- periodiek bedrag : BF

(Indien de samenwonende(n) meerdere schulden heeft (hebben), voeg dan hierbij een afzonderlijk blad waarop u ze allemaal opsomt)

DEEL 7 : DE HOOFDELIJK AANSPRAKELIJKE VOOR DE HELPER

Dit deel dient enkel te worden ingevuld door de zelfstandige die vraagt vrijgesteld te worden van de verplichting om de door zijn helper verschuldigde bijdragen te betalen. Indien u hoofdelijk aansprakelijk bent voor uw helper, vult u alle delen van dit formulier in, behalve deel 8.

Vul de onderstaande gegevens in met betrekking tot de helper, waarvoor u hoofdelijk aansprakelijk bent :

Naam : Voornaam :

Geboren op : Geboren te :

DEEL 8 : DE ERFGENAAM

Dit deel dient enkel te worden ingevuld door de erfgenaam van een overleden zelfstandige. Indien u erfgenaam bent, vult u alle delen van dit formulier in, behalve deel 7.

Vul de onderstaande gegevens in met betrekking tot de overleden zelfstandige :

Naam : Voornaam :

Geboren op : Geboren te :

Overleden op :

* het gewenste vakje aankruisen

DEEL 9 : BIJLAGEN

Ik voeg bij het formulier :

- een attest van de huidige samenstelling van het gezin, dat ik kan verkrijgen bij het gemeentebestuur;
- een afschrift van mijn laatste twee aanslagbiljetten en van mijn laatste belastingsaangifte.
- indien ik O.C.M.W-steun geniet, een attest van deze instelling;
- indien ik werk in het kader van een vennootschap, een afschrift van de statuten en van de laatste drie jaarrekeningen;
- eventueel, een afschrift van elk document dat mijn staat van behoefte bewijst (zie deel 3);
- eventueel, een blad waarop mijn schulden of die van mijn samenwonenden in detail zijn vermeld.

Totaal aantal bijlagen =

DEEL 10 : VERKLARING

Ik, ondergetekende, (naam) (voornaam)
verklaar op mijn eer dat de gegevens van dit formulier oprecht en volledig zijn.

Opgemaakt te : op . . . / . . . /

(handtekening)

Vergeet niet een ingevuld afschrift van dit formulier voor u te bewaren.

Gelieve elke wijziging van uw adres, die zich in de loop van de procedure voordoet, te melden aan de Griffie van de Commissie voor vrijstelling van bijdragen, J. Stevensstraat 7, te 1000 Brussel.

De wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens is van toepassing op de verwerking van de inlichtingen die de Commissie voor vrijstelling van bijdragen via dit formulier verkregen heeft. Overeenkomstig artikel 10 van deze wet kunt u, op eigen verzoek, in ons bestand kennis komen nemen van de gegevens die u aanbelangen en de verbetering van eventuele fouten verkrijgen. De gegevens opgenomen in het bestand worden enkel gebruikt bij de behandeling van de aanvraag om vrijstelling van bijdragen en bij het verwerken van anonieme statistieken.

- AUSKUNFTSFORMULAR A -

BEFREIUNG VON SOZIALBEITRÄGEN BEANTRAGT VON EINEM
SELBSTÄNDIGEN

DIESES FORMULAR SOLL DER SOZIALVERSICHERUNGSKASSE ZURÜCKGESANDT WERDEN

TEIL 1 : ANTRAGSTELLER

Name
 Vorname
 Geboren am / / Geboren in :
 Zivilstand Seit :
 Wohnsitz Nummer : Postfach :
 Strasse Gemeinde :
 Postleitzahl

Ich befinde mich in einer dürftigen (oder der Dürftigkeit nahekommenden) Lage und *

- ich bin (war) selbständig
 (Teile 1 bis 6, nicht 7 und 8 ausfüllen)
 ich bin Erbe eines Selbständigen der noch Sozialbeiträge zahlen muss
 (Teile 1 bis 6 und 8, nicht 7 ausfüllen)
 ich arbeite mit einem Gehilfen der seine Sozialbeiträge nicht gezahlt hat
 (Teile 1 bis 7, nicht 8 ausfüllen)

TEIL 2 : GEGENSTAND DES ANTRAGS

Achtung : Die Quartale für die Sie Befreiung bekommen haben, werden bei der Berechnung Ihrer Pension nicht berücksichtigt.

Ich beantrage die Befreiung von den nachstehenden, von der Sozialversicherungskasse geforderten Beiträgen (bitte Tabelle ausfüllen) :

Vorläufige und endgültige Beiträge					Berichtigungsbeiträge
Jahr(e)	Quartale*				Jahr(e)
	1°	2°	3°	4°	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Model A1

* das zutreffende Feld ankreuzen

TEIL 4 : BERUFSTÄTIGKEIT(EN)

1) Üben Sie im Augenblick eine oder mehrere berufliche Tätigkeiten als Selbständige(r) aus ? *

- Nein, ich habe meine Tätigkeit als Selbständige(r) eingestellt :
 Art der Tätigkeit
 Datum der Einstellung : .. / .. / ..
 Grund der Einstellung
- Nein, ich übe keine Tätigkeit als Selbständige(r) aus und habe auch nie eine ausgeübt
- Ja. Füllen Sie die nachstehende Tabelle aus :

Tätigkeit	Art der Tätigkeit (gegebenenfalls die der Gesellschaft)	Als natürliche Person (P)* oder im Rahmen einer Gesell- schaft (G)*	Adresse	Anfangs- datum
1	P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> / .. / ..
2	P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> / .. / ..
3	P <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> / .. / ..

2) Üben Sie einen anderen Beruf als den eines Selbständigen aus ? *

- Nein
- falls ja, welchen ?
- Seit :

TEIL 5: EINKÜNFTE UND SCHULDFORDERUNGEN

1) Ihre Einkünfte :

a) Legen Sie hier bitte eine Abschrift der letzten zwei Steuerbescheide und Ihrer letzten Steuererklärung bei. Falls Sie nicht mehr über die genannten Steuerbescheide verfügen, wird die Kommissionskanzlei sich bemühen, sie direkt bei der Verwaltung der direkten Steuern zu bekommen.

b) Erwähnen Sie in der nachstehenden Tabelle die Beträge Ihrer jetzigen Einkünfte.

* das zutreffende Feld ankreuzen

	Jahresbetrag
BERUFSEINKOMMEN :	
- als Selbständiger, Bruttobetrag
- als Selbständiger, Nettobetrag
- sonstige Berufseinkommen, Nettobetrag
KAPITALERTRÄGE :	
- Einkommen aus einem Bankkonto
- Einkommen aus einem Sparbuch
- Einkommen aus Aktien oder Obligationen
	Monatsbetrag
ERSATZEINKÜNFTE, SOZIALHILFEN, PENSIONEN :	
- Pension oder Rente
- Arbeitslosengeld
- Kinderzulagen
- Krankengeld & Invaliditätsentschädigung
- Entschädigung wegen eines Arbeitsunfalls
- Behindertenzulage
- Rente oder Pension als Kriegsofper
- sonstiges Ersatzeinkommen
ALIMENTE :
MIETE AUS IMMOBILIEN :

c) Bekommen Sie Beihilfe von dem Ö.S.H.Z.? *

- Nein
- Ja. Bitte Bescheinigung des Ö.S.H.Z. beilegen mit Angabe von Art, Betrag und Periode der Beihilfe.

2) Einkommen der Mitbewohner :

Unter "Mitbewohner" sei verstanden eine Person, die unter demselben Dach wohnt wie Sie und die demselben Haushalt angehört.

Verfügt wenigstens einer der Mitbewohner über Einkünfte ? *

- Nein
- Ja. Füllen Sie die nachstehende Tabelle aus. Vergessen Sie nicht, über jede Spalte den Namen und Vornamen des betreffenden Mitbewohners anzugeben.

* das zutreffende Feld ankreuzen

	Name und Vorname des Mitbewohners	Name und Vorname des Mitbewohners	Name und Vorname des Mitbewohners
	Jahresbetrag	Jahresbetrag	Jahresbetrag
BERUFSEINKOMMEN :			
- als Selbständiger, Bruttobetrag	.....	.....	.....
- als Selbständiger, Nettobetrag	.....	.....	.....
- sonstige Berufseinkommen, Nettobetrag	.....	.....	.....
KAPITALERTRÄGE :			
- Einkommen aus einem Bankkonto	.....	.....	.....
- Einkommen aus einem Sparbuch	.....	.....	.....
- Einkommen aus Aktien oder Obligationen	.....	.....	.....
	Monatsbetrag	Monatsbetrag	Monatsbetrag
ERSATZEINKUNFTE, SOZIALHILFEN, PENSIONEN :			
- Pension oder Rente	.....	.....	.....
- Arbeitslosengeld	.....	.....	.....
- Kinderzulagen	.....	.....	.....
- Krankengeld & Invaliditätsentschädigung	.....	.....	.....
- Entschädigung wegen eines Arbeitsunfalls	.....	.....	.....
- Behindertenzulage	.....	.....	.....
- Rente oder Pension als Kriegsoffer	.....	.....	.....
- sonstiges Ersatzeinkommen	.....	.....	.....
ALIMENTE	.....	.....	.....
MIETE AUS IMMOBILIEN	.....	.....	.....

3) Falls Sie oder einer der Mitbewohner Eigentümer des von Ihrer Familie bewohnten Hauses sind, der Betrag des Katastereinkommens : BF

Sind Sie selber oder einer der Mitbewohner Eigentümer sonstiger Immobilien ? *

- Nein
- Ja. Betrag des Katastereinkommens : 1) BF
- 2) BF
- 3) > BF

* das zutreffende Feld ankreuzen

TEIL 6 : KOSTEN

1) Zahlen Sie :

a) eine Miete für Ihre Wohnung ? *

- Nein
- Ja. Monatlicher Betrag BF

b) eine Miete für sonstige Immobilien, die der Ausübung Ihres Berufes dienen ? *

- Nein
- Ja. Monatlicher Betrag BF

c) Alimente ? *

- Nein
- Ja. Monatlicher Betrag BF

2) Haben Sie eine Hypothekenanleihe aufgenommen ? *

- Nein
- Ja.
- Gesamtbetrag der Anleihe : BF
 - jährlicher Abzahlungsbetrag : BF
 - bis wann müssen Sie das Darlehen abzahlen :
.....

3) Haben Sie sonst noch eine Schuld zu begleichen ? *

- Nein
- Ja.
- Gesamtbetrag : BF
 - Ursache :
 - bis wann müssen Sie diese Schuld abzahlen :
.....
 - müssen Sie die Schuld ratenweise abzahlen ? *
 - Nein, Löschung erfolgt in einmaliger Zahlung
 - Ja.
 - Periodizität :
 - Periodischer Betrag : BF

(Falls Sie mehrere Schulden haben, erwähnen Sie sie alle in der Anlage)

* das zutreffende Feld ankreuzen

4) Hat einer der Mitbewohner eine Schuld zu begleichen ? *

Nein

Ja.

- Gesamtbetrag : BF

- Ursache :

- bis wann muss er diese Schuld abzahlen : . / . /

- muss er die Schuld ratenweise abzahlen ? *

Nein, Löschung erfolgt in einmaliger Zahlung

Ja,

- Periodizität :

- Periodischer Betrag : BF

(Falls der (die) Mitbewohner mehrere Schulden hat (haben), erwähnen Sie sie alle in der Anlage)

TEIL 7 : DER SOLIDARISCH HAFTENDE FÜR DEN GEHILFEN

Dieser Teil muss lediglich von dem Selbständigen ausgefüllt werden, der von der Verpflichtung zur Zahlung der vom Gehilfen geschuldeten Beiträge, befreit werden möchte. Falls Sie für den Gehilfen solidarisch haften, füllen Sie alle Formulareile ausser Teil 8 aus.

Füllen Sie die nachstehenden Daten in Bezug auf den Gehilfen, für den Sie solidarisch haften aus :

Name :

Vorname:

Geboren am : . / . /

Geboren in :

TEIL 8 : DER ERBE

Dieser Teil ist nur von dem Erben eines verstorbenen Selbständigen auszufüllen. Falls Sie Erbe sind, füllen Sie alle Formulareile ausser Teil 7 aus.

Geben Sie die nachstehenden Daten in bezug auf den verstorbenen Selbständigen :

Name :

Vorname :

Geboren am : . / . /

Geboren in :

Verstorben am : . / . /

* das zutreffende Feld ankreuzen

TEIL 9 : ANLAGEN

Dem Formular lege ich die folgenden Anlagen bei :

- eine **aktuelle Haushaltszusammensetzung**, die bei der Gemeindeverwaltung erhältlich ist;
- eine Abschrift meiner zwei letzten **Steuerbescheide** und meiner letzten **Steuererklärung**;
- falls ich von dem **O.S.H.Z. Beihilfe** bekomme, eine **Bescheinigung** dieses Zentrums;
- falls ich in einer Gesellschaft arbeite, eine Abschrift der **Satzungen** und der letzten drei **Jahresabschlüsse**;
- eventuell eine Abschrift von jedem Dokument, das meine dürftige Lage beweist (siehe Teil 3);
- eventuell ein Blatt mit detaillierter Angabe meiner Schulden oder mit denen der Mitbewohner.

insgesamt Anlagen.

TEIL 10 : ERKLÄRUNG

Ich Unterzeichnete(r) (Name) (Vorname)

erkläre auf Ehrenwort, dass die Daten dieses Formulars der Wahrheit entsprechen und vollständig sind.

Ausgefertigt in : am : .. / .. / ..

(Unterschrift)

Vergessen Sie nicht eine ausgefüllte Abschrift dieses Formulars in Ihren Akten aufzubewahren.

Verständigen Sie die Kanzlei der Kommission für Beitragsbefreiung, J. Stevensstraat 7, in 1000 Brüssel, von jeder Adressenänderung, die sich im Laufe der Prozedur ergibt.

Das Gesetz vom 8 Dezember 1992 zum Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Behandlung von Personalien ist zutreffend für die Bearbeitung der Auskünfte, die die Kommission für Beitragsbefreiung mittels dieses Formulars bekommen hat.

Gemäss Art.10 dieses Gesetzes können Sie, auf Anfrage, in unserer Kartei Kenntnis nehmen von den Daten, die Sie betreffen und Korrektur von etwaigen Fehlern bekommen.

Die Daten in unserer Kartei werden ausschliesslich für die Bearbeitung von Anträgen auf Beitragsbefreiung und für die anonyme Aufstellung von Statistiken gebraucht.

- FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS A -

DISPENSE DE COTISATIONS SOCIALES DEMANDEE
PAR UNE SOCIETE
LEVEE DE RESPONSABILITE SOLIDAIRE

FORMULAIRE A RENVOYER A LA CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES

PARTIE 1 : DONNEES CONCERNANT LA SOCIETE

Dénomination :

Forme juridique :

Siège social

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

Téléphone : Téléfax :

PARTIE 2 : LE SIGNATAIRE DE LA DEMANDE

Nom :

Prénom :

Né(e) le : Né(e) à :

Domicile

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

N° de téléphone :

Fonction dans la société :

PARTIE 3 : OBJET DE LA DEMANDE

- 1) La caisse d'assurances sociales réclame à votre société le paiement des cotisations dues par un associé ou un mandataire de celle-ci. Votre société demande à en être dispensée. Veuillez fournir ci-dessous les renseignements concernant cet associé ou ce mandataire.

Nom :

Prénom :

Né(e) le : Né(e) à :

Domicile

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

PARTIE 5 : ANNEXES

N'oubliez pas de joindre au formulaire :

- une copie des statuts de la société;
- une copie des trois derniers comptes annuels de la société;
- si le signataire est mandataire de la société, une copie de sa désignation comme mandataire, sauf s'il en est fait mention dans les statuts;
- éventuellement, une copie de tout autre document justifiant les difficultés financières de la société (voir partie 4).

Total des annexes =

PARTIE 6 : DECLARATION

Je soussigné, (nom) (prénom)

déclare sur l'honneur que les données de ce formulaire sont véritables et complètes.

Fait à : le : ... / ... /

(signature)

N'oubliez pas de conserver une copie complétée de ce formulaire pour vous.

Veillez communiquer tout changement d'adresse de la société, qui se produirait au cours de la procédure, au Greffe de la Commission des dispenses de cotisations, Rue J. Stevens 7, à 1000 Bruxelles.

La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements à caractère personnel est applicable au traitement des données obtenues par la Commission des dispenses de cotisations via ce formulaire.

Conformément à l'article 120 de la loi précitée, vous pouvez, à votre demande, prendre connaissance des données qui vous concernent dans notre fichier et obtenir la correction d'éventuelles erreurs.

Les données reprises dans le fichier sont seulement utilisées dans le cadre du traitement de la demande de dispense de cotisations et pour la récolte de données statistiques à caractère anonyme.

- INLICHTINGSFORMULIER A -

VRIJSTELLING VAN SOCIALE BIJDAGEN GEVRAAGD
DOOR EEN VENNOOTSCHAP
OPHEFFING VAN HOOFDELIJKE AANSPRAKELIJKHEID

FORMULIER TERUG TE ZENDEN NAAR HET SOCIAAL VERZEKERINGSFONDS

DEEL 1 : DE VENNOOTSCHAP

Benaming :
Rechtsvorm :

Maatschappelijke zetel

Straat : Nummer : Bus :
Postnummer : Gemeente :
Telefoonnummer : Telefax :

DEEL 2 : DE ONDERTEKENAAR VAN DE AANVRAAG

Naam :
Voornaam :
Geboren op : .. / .. / Geboren te :

Woonplaats
Straat : Nummer : Bus :
Postnummer : Gemeente :
Telefoonnummer :
Functie binnen de vennootschap :

DEEL 3 : ONDERWERP VAN DE AANVRAAG

- 1) Het sociaal verzekeringsfonds vraagt aan uw vennootschap de betaling van bijdragen die verschuldigd zijn door een vennoot of mandataris van uw vennootschap. Uw vennootschap vraagt vrijstelling hiervan. Gelieve hieronder de gegevens te verstrekken in verband met deze vennoot of mandataris.

Naam :
Voornaam :
Geboren op : .. / .. / Geboren te :

Woonplaats
Straat : Nummer : Bus :
Postnummer : Gemeente :

2) Vermeld in de tabel van welke bijdragen de vennootschap wenst te worden vrijgesteld.

Voorlopige en definitieve bijdragen					Regularisatie bijdragen
ja(a)r(en)	kwarta(a)l(en) *				ja(a)r(en)
	1°	2°	3°	4°	
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEEL 4 : VERANTWOORDING

Omschrijf hieronder de financiële moeilijkheden die de vennootschap ondervindt. Voeg de bewijsstukken bij.

Wenst u uitgenodigd te worden om gehoord te worden door de Commissie ? *

- neen
- ja. Ik zal persoonlijk verschijnen (eventueel bijgestaan door een ander persoon).
- ja. De vennootschap zal vertegenwoordigd worden door de volgende gevolmachtigde:

Naam en voornaam :

Adres :

* het gewenste vakje aankruisen

DEEL 5 : BIJLAGEN

Vergeet niet de volgende stukken bij het formulier te voegen :

- een afschrift van de **statuten** van de vennootschap;
- een afschrift van de laatste drie **jaarrekeningen** van de vennootschap;
- indien de ondertekenaar **mandataris** van de vennootschap is, een afschrift van zijn **aanwijzing als mandataris**, behalve indien dit vermeld is in de statuten;
- eventueel, een afschrift van enig ander document ten bewijze van de financiële moeilijkheden van de vennootschap (zie deel 4).

Totaal aantal bijlagen =

DEEL 6 : VERKLARING

Ik, ondergetekende, (naam) (voornaam)

verklaar op mijn eer dat de gegevens van dit formulier oprecht en volledig zijn.

Opgemaakt te : op : . . . / . . . / . . .

(handtekening)

Vergeet niet een ingevuld afschrift van dit formulier voor u te bewaren.

Gelieve elke wijziging van het adres van de vennootschap, die zich in de loop van de procedure voordoet, te melden aan de Griffie van de Commissie voor vrijstelling van bijdragen, J. Stevensstraat 7, te 1000 Brussel.

De wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens is van toepassing op de verwerking van de inlichtingen die de Commissie voor vrijstelling van bijdragen via dit formulier verkregen heeft. Overeenkomstig artikel 10 van deze wet kunt u, op eigen verzoek, in ons bestand kennis komen nemen van de gegevens die u aanbelangen en de verbetering van eventuele fouten verkrijgen. De gegevens opgenomen in het bestand worden enkel gebruikt bij de behandeling van de aanvraag om vrijstelling van bijdragen en bij het verwerken van anonieme statistieken.

- AUSKUNFTSFORMULAR A -**DURCH EINE GESELLSCHAFT BEANTRAGTE BEFREIUNG
VON SOZIALBEITRÄGEN****AUFHEBUNG DER SOLIDARHAFTUNG**

DIESES FORMULAR IST AN DIE SOZIALVERSICHERUNGSKASSE ZURÜCKZUSENDEN

TEIL 1 : DIE GESELLSCHAFT

Bezeichnung :

Rechtsform :

Gesellschaftssitz

Strasse : Nummer : Postfach :

Postleitzahl : Gemeinde :

Telefonnummer : Telefax :

TEIL 2 : DER UNTERZEICHNER DES ANTRAGS

Name :

Vorname :

Geboren am : .. / .. / Geboren in :

Wohnsitz

Strasse : Nummer : Postfach :

Postleitzahl : Gemeinde :

Telefonnummer :

Funktion innerhalb der Gesellschaft :

TEIL 3 : GEGENSTAND DES ANTRAGS

- 1) Die Sozialversicherungskasse fordert von Ihrer Gesellschaft die Zahlung von Beiträgen, die von einem Teilhaber oder Mandatar Ihrer Gesellschaft geschuldet sind. Ihre Gesellschaft fordert die Beitragsbefreiung. Geben Sie unten die Auskünfte bezüglich dieses Teilhabers oder Mandatars an

Name :

Vorname :

Geboren am : .. / .. / Geboren in :

Wohnsitz

Strasse : Nummer : Postfach :

Postleitzahl : Gemeinde :

TEIL 5 : ANLAGEN

Die folgenden Belege sind dem Formular beizulegen :

- eine Abschrift der **Satzungen** der Gesellschaft;
- eine Abschrift der letzten drei **Jahresabschlüsse** der Gesellschaft;
- falls der Unterzeichner Mandatar der Gesellschaft ist, eine Abschrift seiner **Ernennung als Mandatar**, ausser wenn sie in den Satzungen erwähnt ist;
- eventuell eine Abschrift von Dokumenten, welche die schwierige Finanzlage der Gesellschaft nachweist (siehe Teil 4).

insgesamt Anlagen.

TEIL 6 : ERKLÄRUNG

Ich Unterzeichnete(r) (Name) (Vorname)

erkläre auf Ehrenwort, dass die Daten dieses Formulars der Wahrheit entsprechen und vollständig sind.

Ausgefertigt in : am : ... / ... /

(Unterschrift)

Vergessen Sie nicht eine ausgefüllte Abschrift dieses Formulars in Ihren Akten aufzubewahren.

Verständigen Sie die Kanzlei der Kommission für Beitragsbefreiung, J. Stevensstraat 7, in 1000 Brüssel, von jeder Adressenänderung die sich im Laufe der Prozedur ergibt.

Das Gesetz vom 8 Dezember 1992 zum Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Behandlung von Personalien ist zutreffend für die Bearbeitung der Auskünfte, die die Kommission für Beitragsbefreiung mittels dieses Formulars bekommen hat.

Gemäss Art. 10 dieses Gesetzes können Sie, auf Anfrage, in unserer Kartei Kenntnis nehmen von den Daten, die Sie betreffen und Korrektur von etwaigen Fehlern bekommen.

Die Daten in unserer Kartei werden ausschliesslich für die Bearbeitung von Anträgen auf Beitragsbefreiung und für die anonyme Aufstellung von Statistiken gebraucht.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 27 mars 1995.

Le Ministre des Petites et Moyennes Entreprises
et de l'Agriculture,
A. BOURGEOIS

Gezien, om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van
27 maart 1995.

De Minister van de Kleine en Middelgrote Ondernemingen
en Landbouw,
A. BOURGEOIS