



TRESORERIE

adresse de correspondance
Avenue des Arts 30
1040 BRUXELLES

Paiements
Traitements et Pensions

Note aux Ordonnateurs

votre courrier du

vos références

nos références

annexe(s)

Modèle 1 – Fiche de renseignements
Modèle 12 – Indemnité pour frais funéraires

Madame, Monsieur,

En annexe, vous trouverez une nouvelle version des modèles 1 et 12.

Modifications

► **Modèle 1 – Fiche de renseignements**

- Adaptation de la rubrique Virement : les numéros de comptes belges sont remplacés par le code IBAN/BIC.
- Le pourcentage du contrat des agents contractuels doit être indiqué conjointement au calendrier de travail.
- En ce qui concerne les autres personnes à charge, une distinction est faite entre < à 65 ans et ≥ à 65 ans.

► **Modèle 12 – Relevé relatif au paiement d'une indemnité pour frais funéraires:**
remplacement des anciens numéros de comptes belges des ayants droit par le code IBAN/BIC.

Ces nouveaux formulaires doivent être utilisés dès le cycle de mutations de janvier 2009.

Bien à vous

Wilfried Van Herzeele
Administrateur Paiements

Des informations complémentaires concernant ce courrier peuvent être obtenues auprès de:

VOLET B – BASES DE PAIEMENT – PARTIE 2

BASES DE LA REMUNERATION

Echelle du traitement : Date de début de l'ancienneté pécuniaire -
Année et mois

Traitement barémique :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Complément de traitement :

- Allocation de foyer (1)
- Allocation de résidence (2)

% CONTRAT DE TRAVAIL

Prestations payées par mensualité

- Temps plein (38h/semaine)
- Temps partiel (< 38h/semaine) :%

Calendrier de travail

- KAL A :
- KAL B :
- CONSTANTE JOURNALIERE:
- Horaire irrégulier:

INDEMNITES, ALLOCATIONS OU RETENUES: (Dénomination et montants)

.....

.....

SITUATION FISCALE

Etat civil de l'agent: Célibataire Divorcé(e) Agent handicapé: Oui
 Marié(e) Veuf(ve) Non
 Séparé(e) de fait Cohabitation
 Cohabitation légale

Situation du conjoint ou partenaire légal

Bénéfice de revenus professionnels : Non
 Oui – Minimum 1 < revenus < Minimum 2
 Oui – revenus > Minimum 2
 C.E.– fonctionnaire

Conjoint handicapé : Oui Non

Attestation « réduction précompte professionnel pour charges de famille » Oui Non

Nombre d'enfants à charge :

Valides :

Handicapés:

Nombre d'autres personnes à charge (ascendants, collatéraux – 2 ème degré,

< 65 ans Valides : Handicapés : ≥ 65 ans Valides : Handicapés :

Volontariat fiscal: Oui (Montant mensuel supplémentaire à retenir =€/mois)
 Non

RELEVÉ RELATIF AU PAIEMENT D'UNE INDEMNITÉ POUR FRAIS FUNÉRAIRES

SPF ou autre institution:

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

Le service Paiements – Traitements est prié de payer une indemnité pour frais funéraires suite au décès de:

Nom et prénoms:.....

Grade:.....

Matricule:

Date du décès:.....

Personne(s) ayant supporté les frais funéraires (la preuve de paiement est à joindre en annexe) :

	NOM	PRENOM	RUE + N°	CODE POSTAL	DOMICILE
Personne 1					
	COMPTE	IBAN			BIC
Personne 2					
	COMPTE	IBAN			BIC

Le défunt a-t-il perçu des suppléments de traitements à prendre en compte pour le calcul de la pension de retraite ? OUI / NON

Si oui, lesquels ?.....

Réservé au service Paiements – Traitements	
Traitements, allocations et suppléments de traitement	Montant mensuel (€)
Dernier traitement d'activité brut	
Allocation de foyer ou de résidence	
Allocation pour l'exercice d'une fonction supérieure	
Suppléments de traitement à prendre en compte pour le calcul de la pension de retraite	
Montant total	

....., le..... 2 . . .

L'ORDONNATEUR,

Indemnité pour frais funéraires à payer au(x) bénéficiaire(s) : €