

**Formulaire de demande de prolongation  
du droit passerelle complet ou partiel pour le mois de juin 2020.  
Interruption en raison du coronavirus COVID -19.**

Renvoyez ce formulaire par email ou par courrier (simple ou recommandé) à votre caisse d'assurances sociales

**A. Données d'identification**

---

Nom .....

Prénom .....

Numéro NISS   .   .   -    .

*(voir votre carte d'identité)*

N° du compte bancaire au nom de.....

IBAN BE

BIC .....

**B. Raison de l'interruption forcée**

---

**Indiquez** à quel cas suivants s'applique votre situation dans le cadre de l'interruption forcée due aux impacts du coronavirus COVID-19 :

- J'ai dû interrompre **totalem**ent ou **partiellem**ent mon activité indépendante parce que mon établissement relève d'un secteur qui doit fermer complètement en juin 2020.

Précisez la période d'interruption : du ..... juin 2020 au .... juin 2020.

**Décrivez votre activité indépendante** (votre secteur, votre activité précise, etc.):

.....

- J'interromps **complètement et volontairement** mon activité indépendante, qui ne relève pas d'un secteur qui doit fermer complètement en juin 2020, **et ce pendant au moins 7 jours consécutifs.**

Précisez la période d'interruption : du ..... juin 2020 au .... juin 2020.

**Décrivez votre activité indépendante** (votre secteur, votre activité précise, etc.):

.....

**C. Revenus de remplacement**

---

Recevez-vous actuellement un revenu de remplacement ?

- Non                       Oui : lequel ? *(cocher la case correspondante)*
- Allocations de chômage, sous n'importe quelle dénomination (allocations d'insertion, allocations d'attente, etc.).
  - Pension
  - Indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité
  - Autres *(précisez)* : .....

Si oui, quel est le montant brut de ce revenu de remplacement ? ..... euros

**Attention** : si la somme de votre revenu de remplacement et de la prestation financière de droit passerelle dépasse le montant de 1614,10 euros, le montant mensuel de la prestation financière de droit passerelle sera réduit à concurrence de cet excédent.

Je déclare avoir rempli ce formulaire en toute sincérité.

Nom:..... Date :

Prénom:..... Signature :