



R2

Gestion des données du répertoire des employeurs ONSSAPL

Au moyen de ce formulaire, vous pouvez mentionner, en tant qu'employeur:

1. les adaptations à vos données d'identification dans le répertoire des employeurs ONSSAPL (volet 1),
2. si vous travaillez avec un *Secrétariat Full Service*, un *Prestataire de services* ou un *Développeur de logiciels* (volet 2),
3. le nom de votre gestionnaire local (volet 3),
4. un changement du mode de paiement (volet 4),
5. l'autorisation pour le prélèvement automatique (volet 5).

Pour ce faire, vous remplissez correctement toutes les données dans les champs qui conviennent et vous envoyez le formulaire signé à:

Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales
Service Sécurité Sociale

A l'attention de Madame Lauvaux Céline
Rue Joseph II, 47
1000 Bruxelles

Tél.: 02 234 34 65
e-mail : celine.lauvaux@onssapl.fgov.be

Mon administration	Nom:
	Numéro d'affiliation ONSSAPL: □□□□-00-□□
	Numéro unique d'entreprise: □□□□ □□□□ □□□□ (BCE)

Volet 1 : notification de modification

Données d'identification de votre administration locale (adresse, dénomination,...) que vous souhaitez modifier

Dénomination sociale
Sigle
Adresse (siège social)	Rue: N° Code postal: Commune: Téléphone: Fax: Adresse e-mail: Personne de contact: Autres:
Adresse de correspondance	Rue: N° Code postal: Commune: Téléphone: Fax: Adresse e-mail: Personne de contact: Autres:

Si d'autres données importantes changent, telles que:

- le régime de pension de vos agents nommés à titre définitif;
- la forme juridique;
- les statuts de votre administration locale;

il y a lieu de les communiquer d'urgence à l'ONSSAPL par lettre recommandée ou par simple lettre moyennant accusé de réception délivré par l'ONSSAPL.

Volet 2 : désignation d'un *Secrétariat Full Service (SFS)*, d'un *Prestataire de services (PS)* ou d'un *Développeur de logiciels (DL)*

Cochez ce qui convient pour votre administration :

O Mon administration est affiliée à partir du trimestre 200.... au *Secrétariat Full Service (SFS)* mentionné ci-dessous, qui a automatiquement accès à mes données :

Nom complet:

Rue: N°

Code postal: Commune:

Concernant l'accès aux applications sécurisées, valent les accords suivants:

- mon administration ne souhaite pas d'accès aux applications sécurisées – mon **SFS** a automatiquement accès à mes données s'il a rempli le formulaire R3,
- mon administration souhaite également avoir accès aux applications sécurisées et désigne ci-après un **gestionnaire local** (volet 3).

O Mon administration est affiliée à partir du..... trimestre 200.... un *Prestataire de services (PS)*:

Nom complet:

Rue: N°

Code postal: Commune:

Numéro unique d'entreprise:

(ou le numéro-NISS si le prestataire de service est une *personne physique*)

Numéro NISS:

Nous avons opté pour le type de prestation de services suivant:

- le prestataire de services agit comme **expéditeur** et recevra un *original* des notifications, les *duplicata* seront envoyés à votre administration.
- le prestataire de services n'agit pas comme expéditeur, mais recevra bien un *duplicata* des notifications. Nous demanderons un numéro d'expéditeur conformément aux instructions du site portail de la sécurité sociale.

Concernant l'accès aux applications sécurisées, valent les accords suivants:

- mon administration ne souhaite pas d'accès aux applications sécurisées – mon **PS** a automatiquement accès à mes données s'il a rempli le formulaire R3,
- mon administration souhaite également avoir accès aux applications sécurisées et désigne ci-après un **gestionnaire local** (volet 3).

O Mon administration a recourt à partir du trimestre 200.... à un *développeur de logiciels (DL)*:

Nom complet:

Rue: N°.....

Code postal: Commune:

Tél.:

Personne de contact:

Ce fournisseur de logiciels n'est ni expéditeur de ma déclaration, ni destinataire des duplicata des notifications.

Volet 3 : désignation d'un gestionnaire local

Désignation d'un gestionnaire local

Le gestionnaire local pour mon administration est:

Nom:

Prénom:

Numéro NISS:

(ce numéro figure dans le coin supérieur droit de la carte SIS)

Cette personne est liée à mon administration:

- comme travailleur,
- en une autre qualité sous l'autorité directe de l'administration,
à savoir,

Joignable pendant les heures de bureau:

Au numéro de téléphone:

Au numéro de fax:

A l'adresse e-mail:

Volet 4: communication d'un changement du mode de paiement

<p><input type="checkbox"/> Mon administration met fin au système de prélèvement automatique et effectuera <u>elle-même</u> dès maintenant le paiement de l'ensemble des cotisations et retenues visées à l'article 10 de l'AR du 25.10.1985.</p> <p>Dans ce cas, veuillez nous communiquer votre numéro de compte ainsi que le nom de l'organisme bancaire auprès duquel il est ouvert.</p>	<p>N° de compte: □□□-□□□□□□□□-□□</p> <p>Organisme bancaire:.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Mon administration désire dès maintenant autoriser <u>le prélèvement automatique</u>¹ de l'ensemble des cotisations et retenues visées à l'article 10 de l'AR du 25.10.1985.</p> <p>Dans ce cas, veuillez nous communiquer le numéro de votre <u>compte ouvert auprès de Dexia Banque</u>. En outre, veuillez renvoyer le volet 5 de ce formulaire dûment complété et signé.</p>	<p>N° de compte auprès de Dexia Banque:</p> <p>091-□□□□□□□□-□□</p>

¹ Le système de prélèvement automatique, qui est uniquement possible à partir d'un compte ouvert auprès de Dexia Banque, offre l'avantage d'assurer le prélèvement des cotisations et retenues avec la bonne date valeur, soit le 5 du mois qui suit la facture mensuelle et d'éviter ainsi l'application de majoration et d'intérêts de retard pour cause de paiement tardif.

Volet 5: autorisation pour le prélèvement automatique



Office national de
sécurité sociale
des administrations
provinciales et locales

Rue Joseph II 47
B-1000 BRUXELLES
Tél. 02 234 32 11

FORMULAIRE POUR AUTORISER LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

À renvoyer dûment complété et signé à l'adresse suivante

Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales
Service de sécurité sociale
Rue Joseph II – 47
1000 Bruxelles

Numéro unique d'entreprise:
(BCE)

Dénomination:.....

Autorise par la présente l'Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales à prélever automatiquement de son compte n° 091-- ouvert auprès de DEXIA Banque, l'ensemble des cotisations et retenues visées à l'article 10 de l'arrêté royal du 25.10.1985 portant exécution du chapitre 1^e, section 1^e, de la loi du 1^e août 1985 portant des dispositions sociales.

Le client donne expressément ordre à DEXIA Banque d'effectuer les prélèvements avec comme date valeur le 5 du mois qui suit la date de la facture et ce, en dérogation à la loi du 10 juillet 1997 relative aux dates de valeur des opérations bancaires.

Signatures

Le Receveur, le Trésorier ou
le Comptable spécial

Le secrétaire

Le Bourgmestre ou le Président

SCEAU

Déclaration d'engagement

Je suis compétent pour engager mon administration en ma qualité de:

- responsable politique,
- responsable administratif.

Nom:

Prénom:

Numéro NISS:

(ce numéro figure dans le coin supérieur droit de la carte SIS)

Date

.../.../.....

Signature

.....

CADRE RESERVE A L'ONSSAPL

Ce formulaire est validé par le Service Répertoire des employeurs

Nom:

Prénom:

Cachet

Date

.../.../.....

Signature

.....