Dénomination et adresse de l'hôpital : ………………………………..

………………………………..

………………………………..

Numéro d’agrément :………………………………..

**Déclaration sur l’honneur 2020**

**BMF 2020-2 - Données ONSS 4ème trimestre 2018**

*A envoyer à l’adresse électronique :* [*com.finhosp@health.fgov.be*](mailto:com.finhosp@health.fgov.be)

*Date limite : le 31 décembre 2020*

**Concerne : Article 73, §4 de l’AR du 25 avril 2002**

*Art. 73, §4, alinéa 6 : En ce qui concerne l’****hôpital privé*** *qui dispose de* ***personnel nommé à titre définitif mis à sa disposition*** *par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné, le forfait octroyé n’est maintenu que si l’hôpital fourni,* ***chaque année****, la* ***preuve formelle qu’il a supporté effectivement****, pour chaque pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé,* ***la charge financière de pension de ce personnel*** *y compris, le cas échéant, la* ***charge de cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle****. La preuve est fournie sous forme d’une* ***déclaration sur l’honneur****, dont le modèle est publié sur le site du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, signée par le gestionnaire de l'hôpital et* ***contresignée par l’affilié au Fonds susmentionné****. Elle est envoyée à l’adresse com.finhosp@health.fgov.be pour le 31 décembre de l’année pour laquelle le forfait est calculé.*

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

Je soussigné, [NOM Prénom], [fonction], de l'hôpital [dénomination],

atteste sur l'honneur que l'hôpital a effectivement supporté, **en 2018**, la charge financière du personnel statutaire mis à sa disposition, **pendant l’année 2018**, par [dénomination organisme public] et ce, y compris, les charges résultant de la réforme du financement des pensions des agents nommés, opérée par la loi du 24 octobre 2011, assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales.

Fait à [localité], le [date]

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le gestionnaire de l'hôpital,  [NOM Prénom]  [fonction] | Pour l’administration locale [dénomination],  [NOM Prénom]  [fonction] |
|  |  |