



R1 **Formulaire d'affiliation des employeurs** **ONSSAPL**

En tant que futur employeur, vous devez nous communiquer par ce formulaire:

1. les caractéristiques qui doivent figurer dans le répertoire des employeurs de l'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. le montant de l'avance mensuelle et le mode de paiement que vous utiliserez (volet 4),
5. si vous autorisez la méthode du prélèvement automatique (volet 5).

Pour ce faire, vous remplissez tous les champs, vous mentionnez correctement et entièrement toutes les données et vous barrez les mentions inutiles. Ensuite, ce formulaire doit être envoyé signé et daté (cf. 1ère case de la page 9) à:

Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales
Service Sécurité Sociale
A l'attention de Madame Céline Lauvaux
Rue Joseph II, 47
1000 Bruxelles

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

Remarque importante :

Si vous n'avez pas encore transmis un exemplaire (copie) de vos statuts à l'ONSSAPL, vous devez le joindre au formulaire R1.

Volet 1: vos références

Données d'identification de votre administration locale (adresse, dénomination,...)

Dénomination sociale
Sigle
Adresse du 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:
Date à partir de laquelle votre administration occupera du personnel.	.../.../.....
Le nombre de collaborateurs en service le dernier jour du trimestre au cours duquel a eu lieu la première occupation.

<p>Un NUMERO UNIQUE D'ENTREPRISE a-t-il déjà été attribué à votre administration par le greffe du tribunal de commerce, le bureau de TVA?</p> <p>Joindre la preuve</p>	<p style="text-align: center;">Non</p> <p style="text-align: center;">Oui, le numéro suivant</p> <p style="text-align: center;">□□□□ □□□ □□□</p>
<p>Votre administration occupe-t-elle du personnel nommé?</p>	<p style="text-align: center;">Non</p> <p style="text-align: center;">Oui, à partir du/...../.....</p>
<p>Pour quel régime de pension optez-vous pour vos agents nommés à titre définitif?</p>	<p><input type="checkbox"/> régime commun de pension (loi du 25/04/1933)</p> <p><input type="checkbox"/> régime des nouveaux affiliés à l'Office (loi du 06/08/1993, art. 2)</p> <p><input type="checkbox"/> caisse propre de pensions (loi du 06/08/1993. art. 2 et nouvelle loi communale art. 161, 2° alinéa)</p> <p><input type="checkbox"/> institution de prévoyance en matière de pensions (loi du 06/08/1993, art. 2 et nouvelle loi communale art. 161, 2° alinéa)</p>
<p>Données du responsable du personnel</p>	<p>Nom:</p> <p>Prénom:</p> <p>Téléphone:</p> <p>Adresse e-mail:</p>

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 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 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 recourt 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 mon administration,
à savoir,

Joignable pendant les heures de bureau :

Au numéro de téléphone:

Au numéro de fax:

A l'adresse e-mail:

Volet 4: indiquer le montant l'avance mensuelle et le mode de paiement

Avance mensuelle

<p>Afin de fixer le montant de l'avance mensuelle due par votre administration, conformément à l'article 10, de l'AR du 25.10.1985, veuillez nous communiquer une estimation de la masse salariale des statutaires, de la masse salariale des contractuels et de la masse salariale des APE.</p>	<p>Masse salariale statutaires:.....</p> <p>Masse salariale contractuels:.....</p> <p>Masse salariale APE:.....</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Données bancaires

<p><i>Toute administration affiliée à l'ONSSAPL a la possibilité soit d'effectuer elle-même tout versement de l'ensemble des cotisations et retenues visées à l'article 10 de l'AR du 25.10.1985, soit de recourir à la procédure de prélèvement automatique¹.</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> Mon administration souhaite effectuer <u>elle-même</u> tout <u>versement</u> de cotisations.</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 recourir au <u>système de prélèvement automatique</u> 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 juridique

Nom:

Prénom:

Cachet

Date

Signature

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

.....