**DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE)**

Assuré·e : NSS : 756.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Afin d’évaluer votre taux d’invalidité, nous devons déterminer quelle part de votre temps vous consacreriez à l’exercice d’une activité lucrative, salariée ou indépendante (en plus de la tenue de votre ménage) **si vous n’étiez pas atteint·e dans votre santé** (soit sans tenir compte de votre handicap, bien que nous soyons conscients que vous présentez actuellement une atteinte).

*Exemples :*

***- Un statut d’actif à 100%*** *signifie que vous exerceriez une activité lucrative à plein temps*

***- Un statut de 60% actif*** *signifie que vous exerceriez une activité lucrative à 60%, le 40% restant étant consacré à la tenue de votre ménage ou à d’autres activités.*

* Quel serait votre taux d’activité *(50%, 100%, autre)* si vous n’étiez pas atteint·e dans votre santé ?

………..%

* Depuis quand ? …………………………………..
* Quel genre d’activité professionnelle exerceriez-vous ?

* Pour quelles raisons ? (*intérêt personnel, nécessité financière, etc.)*

* Dans le cas où, en bonne santé, vous n’auriez pas travaillé à 100%, à quelles activités consacreriez-vous le pourcentage non-travaillé ? *(à détailler impérativement)*

* **Pour les personnes de plus de 60 ans**, en bonne santé, auriez-vous poursuivi votre activité jusqu’à l’âge légal de la retraite (64/65 ans) ?
* Oui
* Non, j’aurais diminué mon taux d’activité à ………% à partir du ………………………
* Non, j’aurais cessé mon activité le …………………………

Pour quelles raisons ? *(nécessité financière, intérêt personnel, etc)*

* Quel est votre salaire mensuel ?

Fr. ……………………………….

* Pour les personnes mariées : Quel est le salaire mensuel de votre conjoint ?

Fr. ……………………………….

* Touchez-vous également d’autres revenus (pension alimentaire, rentes, etc) ?

Fr. ………………………………. Type de revenu : ………………………………………………………

Fr. ………………………………. Type de revenu : ………………………………………………………

Fr. ………………………………. Type de revenu : ………………………………………………………

**A ne remplir que si votre conjoint exerce une activité indépendante :**

* Collaborez-vous ou avez-vous collaboré au sein de l’entreprise de votre conjoint?

❑ Oui ❑ Non

❑ Avec rémunération ❑ Sans rémunération

* Combien d’heures par semaine y consacrez-vous ou y avez-vous consacré ?

………….Heures/semaine en qualité de ……………………………………………………………

* Quel est le type d’entreprise ?

❑ Entreprise commerciale ❑ Entreprise artisanale

❑ Entreprise industrielle ❑ Entreprise agricole, viticole, horticole

Date :…………………………………… Signature : …………………………………………………