

**F/L-020**Police fédérale  
Police locale**DECLARATION  
POUR LA DETERMINATION DE VOTRE SITUATION FISCALE  
"Déclaration sur l'honneur"****1 DONNEES RELATIVES AU MEMBRE DU PERSONNEL**

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Numéro d'identification \_\_\_\_\_

Numéro de la ZP \_\_\_\_\_ Police fédérale \_\_\_\_\_

**Etat civil** : Je suis : (cocher ce qui convient) célibataire  cohabitant(e) de fait  veuf ou veuve divorcé(e)  séparé(e) de fait  séparé(e) de corps marié(e)  cohabitant(e) légal

Date du mariage – Déclaration de cohabitation légale \_\_\_\_\_

Date du divorce – Fin de la cohabitation légale \_\_\_\_\_

 veuf ou veuve non remarié avec un ou plusieurs enfant(s) à charge père ou mère célibataire avec un ou plusieurs enfant(s) à charge parent divorcé, séparé de fait ou de corps avec un ou plusieurs enfant(s) à charge handicapé(e)**2 DECLARATION DU MEMBRE DU PERSONNEL**

Je déclare que le précompte professionnel retenu sur mes rémunérations doit être déterminé sur base des renseignements mentionnés dans ce formulaire. Je m'engage à signaler **immédiatement** toute modification de ces renseignements au SSGPI.

**Concernant l'application de la réglementation en matière de précompte professionnel: (cocher une déclaration)** J'opte pour que la réduction pour charges de famille me soit accordée. Je remplis, par conséquent, la rubrique 3 et je veille à ce que l'option 2 de la rubrique 5 soit remplie par mon conjoint ou mon/ma cohabitant(e) légal(e). Je déclare me désister du bénéfice de la réduction pour charges de famille et j'opte pour que cette réduction soit accordée à mon conjoint ou mon/ma cohabitant(e) légal(e). Par conséquent, je ne remplis pas la rubrique 3 mais je veille à ce que la rubrique 4 et l'option 1 de la rubrique 5 soient remplies par mon conjoint ou mon/ma cohabitant(e) légal(e).

Fait à \_\_\_\_\_ En date du \_\_\_\_\_

Signature:

**3 DONNEES CONCERNANT LA/LES PERSONNE(S) A CHARGE DU MEMBRE DU PERSONNEL**

Vous ne devez pas remplir cette rubrique si la réduction pour charges de famille est accordée à votre conjoint ou cohabitant(e) légal(e).

Remarque: Le conjoint ou le/la cohabitant(e) légal(e) ne peut jamais être considéré comme une personne à charge.

| Nombre d'enfants à charge = |     |        |  |           |     |
|-----------------------------|-----|--------|--|-----------|-----|
|                             | NOM | Prénom |  | Handicapé |     |
| 1                           |     |        |  | Oui       | Non |
| 2                           |     |        |  | Oui       | Non |
| 3                           |     |        |  | Oui       | Non |
| 4                           |     |        |  | Oui       | Non |
| 5                           |     |        |  | Oui       | Non |

| Nombre d'autres personnes à charge = |     |        |         |                |     |           |     |
|--------------------------------------|-----|--------|---------|----------------|-----|-----------|-----|
|                                      | NOM | Prénom | Parenté | 65 ans ou plus |     | Handicapé |     |
| 1                                    |     |        |         | Oui            | Non | Oui       | Non |
| 2                                    |     |        |         | Oui            | Non | Oui       | Non |
| 3                                    |     |        |         | Oui            | Non | Oui       | Non |
| 4                                    |     |        |         | Oui            | Non | Oui       | Non |

Combien d'"autres personnes à charge" ont atteint l'âge de 65 ans et sont en situation de dépendance?

**4 DONNEES CONCERNANT LE CONJOINT OU LE COHABITANT LEGAL**

|     |  |        |  |
|-----|--|--------|--|
| NOM |  | Prénom |  |
|-----|--|--------|--|

**Activité professionnelle:**

|                          |   |  |      |  |
|--------------------------|---|--|------|--|
| <input type="checkbox"/> | Il ou elle n'exerce pas de profession   |  |      |  |
| <input type="checkbox"/> | Il ou elle est handicapé(e)   |  |      |  |
| <input type="checkbox"/> | Il ou elle exerce une profession de   |  | chez |  |
| <input type="checkbox"/> | Il ou elle perçoit une allocation de chômage ou une indemnité de la mutuelle pour une incapacité de travail |  |      |  |

**Revenus professionnels propres (ex. traitement, revenus de remplacement, allocation de chômage, ...):**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Il ou elle n'a pas de revenus professionnels propres.  |
| <input type="checkbox"/> | Il ou elle a des revenus professionnels propres :  |
| <input type="checkbox"/> | pour un montant $\leq$ € 275 NET par mois (revenus 2024);  |
| <input type="checkbox"/> | pour un montant $>$ € 275 NET par mois (revenus 2024);   |
| <input type="checkbox"/> | qui sont exclusivement constitués de pensions, rentes ou revenus assimilés $\leq$ € 165 NET par mois (revenus 2024);   |
| <input type="checkbox"/> | qui sont exclusivement constitués de pensions, rentes ou revenus assimilés $\leq$ € 165 NET par mois et $\leq$ € 548 par mois (revenus 2024);  |
| <input type="checkbox"/> | qui sont exclusivement constitués de pensions, rentes ou revenus assimilés $>$ € 548 NET par mois (revenus 2024);  |
| <input type="checkbox"/> | pour un montant supérieur à € 13.050 par an (revenus 2024), qui sont exonérés conventionnellement ( <i>fonctionnaires internationaux</i> ) et qui ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'impôt sur les autres revenus du ménage. |

**5 DECLARATION DU CONJOINT OU DU COHABITANT LEGAL****En ce qui concerne l'application de la réglementation du précompte professionnel: (cocher une case)** J'opte pour que la réduction pour charge de famille me soit accordée. Je déclare me désister du bénéfice de la réduction pour charges de famille et j'opte pour que cette réduction soit accordée à mon conjoint ou cohabitant(e) légal(e).

|            |  |            |  |
|------------|--|------------|--|
| NOM        |  | Prénom     |  |
| Fait à     |  | Signature: |  |
| En date du |  |            |  |

**6 RUBRIQUE RESERVEE AU RESPONSABLE DU PERSONNEL (uniquement pour la police locale)**

|                                |                               |                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| NOM                            |                               | Prénom                         |                               |
| Lu pour prise de connaissance: |                               |                                |                               |
| Modèle de décentralisation :   | <input type="checkbox"/> Base | <input type="checkbox"/> Light | <input type="checkbox"/> Full |
| Signature:                     |                               |                                |                               |

**7 REMARQUES**

Pour toute question relative à votre statut fiscal, vous devez vous adresser au Service public fédéral Finances. Le SSGPI n'est **pas** compétent pour déterminer la ou les réductions auxquelles vous avez droit. Vous ne devez donc pas fournir d'attestations ou de pièces justificatives à nos services à ce sujet.

**Rappel:** Des déclarations incorrectes peuvent vous obliger à payer un supplément lors du calcul final de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

**8 PROCEDURE**

Dès que la rubrique 6 a été complétée par le service du personnel, transmettez le formulaire **F/L-020** en **1 exemplaire** au **SSGPI**.