

**L-120**

Police locale

DECLARATION**RELATIVE A L'OUVERTURE OU LA FERMETURE DES DROITS
AUX SUPPLEMENTS DE TRAITEMENT, ALLOCATIONS ET
INDEMNITES****1 DONNEES RELATIVES AU MEMBRE DU PERSONNEL**

NOM		Prénom	
Numéro d'identification			
Catégorie	OPS	CALog	Cadre/Niveau
Numéro de la ZP			

RUBRIQUE A REMPLIR PAR LE CHEF DE SERVICE DU PERSONNEL OU LA PERSONNE DESIGNEE PAR LUI A CET EFFET**Je déclare que:**

Ce membre du personnel remplit les conditions d'octroi depuis le:		
Ce membre du personnel NE remplit PLUS les conditions d'octroi depuis le:		
Supplément de traitement pour l'exercice d'un mandat	Type ou catégorie	
Supplément de traitement pour l'exercice d'une fonction supérieure	Echelle de traitement	
Allocation de bilinguisme	Connaissance d'une langue légalement exigée	
	Connaissance d'une langue légalement souhaitée	
	Connaissance d'une langue utile (Attention : joindre obligatoirement une copie de la décision du bourgmestre/collège de police)	
	Remarque : joindre obligatoirement la copie du brevet linguistique de SELOR (ou assimilé)	
Allocation de fonction – Motocycliste	Allocation transitoire motocycliste	
Allocation de fonction – Police de proximité		
Allocation de fonction – Analyste criminel		
Allocation de fonction – Analyste stratégique		
Allocation de fonction – Polygraphiste		
Allocation de fonction – Prime dirigeant (uniquement pour les CALog)		
(Remarque : joindre obligatoirement une copie du tableau organique ou une copie de la décision de désignation)		
Allocation de formateur		
Allocation de fonction – Directeur d'une zone de police de catégorie 4 ou 5 (uniquement pour les commissaires divisionnaires, conseillers A4 et A5)		
Allocation Région Bruxelles Capitale	Montant	Date début du temps de présence
Allocation Région Bruxelles Capitale – Montant 6 (Remarque : joindre obligatoirement la copie de l'engagement)		
Allocation d'engagement BXL – Police locale déficitaire (Remarque : joindre obligatoirement la copie de l'engagement)		
Allocation de sélection		
Allocation complémentaire (Petit montant)		
Allocation compensatoire		
Indemnité de téléphone		

3 DONNEES RELATIVES AU CHEF DE CORPS OU LE CHEF DU SERVICE DU PERSONNEL

NOM		Prénom	
Date		Numéro téléphone de service	
Modèle de décentralisation	Base	Light	Full
Signature			

4 PROCEDURE

Vous complétez le formulaire **L-120** en **1 exemplaire** et vous le transmettez par voie électronique au Satellite compétent du **SSGPI**.