

**DEMANDE CONCERNANT L'EXÉCUTION D'UNE PEINE DE TRAVAIL (PTA) OU D'UN TRAVAIL D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (TIG) DURANT LA PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL****Important – Lisez ceci en premier!****À quoi sert ce formulaire?**

Vous devez remplir ce formulaire (section A) ainsi que l'assistant de justice ou le responsable du service d'accompagnement (section B) si, au cours de la période où vous êtes reconnu en incapacité de travail, vous devez exécuter une PTA/un TIG ordonné par une décision judiciaire.

Cela concerne une activité non rémunérée dans le cadre de l'exécution d'une PTA/TIG, ladite activité devant être compatible avec votre état de santé.

**À qui devez-vous remettre ce formulaire?**

Une fois ce formulaire rempli, vous devez l'envoyer à votre mutualité ou à la caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

**Quand devez-vous soumettre ce formulaire?**

Vous devez envoyer ce formulaire **avant** le début de la PTA/TIG

**Attention!**

Si vous êtes reconnu inapte au travail dans le régime des *travailleurs salariés*, vous devez envoyer ce formulaire de demande par courrier postal, au plus tard le premier jour ouvrable précédant le début de la PTA/TIG, à votre mutualité (le cachet de la poste faisant foi), ou bien le remettre en personne (contre accusé de réception).

Si vous êtes reconnu inapte au travail dans le régime des *travailleurs indépendants*, vous ne pouvez effectuer la PTA/TIG qu'**après** avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil de votre mutualité.

Vous devez immédiatement remettre l'autorisation reçue à l'assistant de justice compétent ou le responsable du service d'accompagnement

**Si vous rencontrez des difficultés à remplir ce formulaire, vous pouvez toujours prendre contact avec votre mutualité.**

**A. Section à remplir par le bénéficiaire**

**Rubrique 1: Déclaration de l'exécution d'une peine de travail ou d'un travail d'intérêt général durant la période d'incapacité de travail**

Je, soussigné : Nom et prénom (ou coller une vignette) .....  
Numéro de registre national (NISS) (voir à l'arrière de votre carte d'identité).....  
.....  
Numéro de gsm ou téléphone .....  
E-mail (facultatif) .....

déclare qu'à partir du         , j'entame la peine de travail ou le travail d'intérêt général suivant .....

.....

Via la demande ci-dessous, je demande l'autorisation au médecin conseil de ma mutualité d'exercer cette activité.

Je déclare sur l'honneur que toutes les informations reprises dans ce formulaire ont été remplies de manière correcte et complète.

J'ai connaissance qu'une déclaration fautive, erronée ou incomplète peut engendrer une sanction administrative ou pénale (article 233 du Code pénal social).

Date: ...../...../20...

Signature

**Rubrique 2: Demande d'autorisation d'exécution d'une peine de travail ou d'un travail d'intérêt général durant la période d'incapacité de travail, tout en conservant la reconnaissance d'incapacité de travail**

Je, soussigné : Nom et prénom (ou coller une vignette) .....  
Numéro de registre national (NISS) (voir à l'arrière de votre carte d'identité).....  
.....  
Numéro de gsm ou téléphone .....  
E-mail (facultatif) .....

Communique que je vais effectuer une peine de travail ou un travail d'intérêt général à partir du (jour/mois/année)

et demande par ce biais l'autorisation du médecin-conseil.

**1. Indiquez s'il s'agit d'une activité en exécution d'une :**

- Peine de travail
- Travail d'intérêt général

**2. S'agit-il d'une demande de prolongation d'une autorisation délivrée antérieurement ?**

- Non
- Oui

**3. Quelles tâches / activités allez-vous exécuter ? Décrivez toutes les tâches / activités que vous effectuerez de manière séparée, et le plus concrètement possible.**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Indiquez le calendrier pour lequel vous exercez l'activité :**

- Je réalise la peine de travail ou le travail d'intérêt général selon un horaire variable (pas d'horaire fixe)

Nombre d'heures par semaine :

- Je réalise la peine de travail ou le travail d'intérêt général selon un horaire fixe (indiquez également l'horaire ci-dessous).  
Si les jours et les heures sont les mêmes toutes les semaines, il vous suffit de saisir 1 semaine (1<sup>ère</sup> ligne du tableau ci-dessous) :

Nombre d'heures par semaine:

	<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>	<b>Samedi</b>	<b>Dimanche</b>
<b>Semaine 1</b>	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
<b>Semaine 2</b>	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
<b>Semaine 3</b>	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
<b>Semaine 4</b>	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...
	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...	De ... À ...

Veuillez mentionner toute autre information utile concernant le calendrier.

.....

.....

.....

**5. Communiquez les informations suivantes sur l'organisation au sein de laquelle la peine de travail ou le travail d'intérêt général est fournie :**

Nom de l'organisation :

.....

.....

Adresse :

.....

.....

Tel :

.....

- Si vous disposez de ces informations :

- Les coordonnées de votre médecin traitant (nom, adresse, téléphone) :

.....  
.....

- Les coordonnées du conseiller en prévention - médecin du travail du lieu de travail (le cas échéant) :

.....  
.....

**Je, soussigné, certifie sincères et véritables les informations contenues dans la présente demande.**

Date : ...../...../ 20.....

Signature : .....

**B. Section à remplir par l'assistant de justice ou le responsable du service d'accompagnement**

Je, soussigné, .....

travaillant au sein de la Maison de Justice

.....

déclare que j'ai mis à la disposition de

.....

la demande d'exécution d'une peine de travail ou d'un travail d'intérêt général pendant l'incapacité de travail et confirme que l'intéressée ne percevra aucune rémunération de la part de l'organisation du lieu de travail.

Date : .... / ..... / 20.....

Signature : .....