



**TAXE RÉGIONALE À CHARGE DES CHEFS DE MÉNAGE
DEMANDE D'EXONÉRATION**

NUMERO DE ROLE : (voir cadre gris en haut de votre facture)
NOM ET PRENOM DU REDEVABLE :
ADRESSE POUR LAQUELLE LA TAXE EST DUE :
ADRESSE DE CORRESPONDANCE (si elle est différente de l'adresse pour laquelle la taxe est due) :

Monsieur l'Inspecteur général,

Je vous prie de bien vouloir m'exonérer du paiement de la taxe régionale à charge des chefs de ménage étant donné que (cocher la case) :

- Je suis à charge du C.P.A.S. (joindre l'attestation du CPAS)
- Mes revenus du mois de janvier ne dépassent pas 870,94 EUR pour une personne isolée, 1.161,26 EUR pour un chef de ménage (joindre la preuve des revenus de janvier).
- Je bénéficie du revenu garanti aux personnes âgées en (joindre l'attestation)
- Mon ménage était composé au 1er janvier d'au moins quatre enfants bénéficiaires d'allocations familiales (joindre l'attestation de la caisse d'allocations familiales)
- Un membre de mon ménage est redevable de la taxe régionale en tant qu'indépendant pour la même adresse (numéro de rôle de la taxe « indépendant »)
- Un membre de mon ménage est gérant d'une S.P.R.L., qui paye la taxe régionale à charge des sociétés pour la même adresse (joindre les statuts qui prouvent que la personne est gérant au 1^{er} janvier et le numéro de rôle de la S.P.R.L..)
- Un membre de mon ménage est aveugle, sourd-muet ou laryngectomisé au 1^{er} janvier (joindre le certificat du médecin spécialiste).
- Un membre de mon ménage est invalide de guerre à au moins 50% au 1^{er} janvier (joindre l'attestation)
- Un membre de mon ménage est atteint au 1er janvier d'une invalidité ou d'une incapacité de travail d'au moins 66% ou perte d'autonomie de 9 points (joindre l'attestation de la mutuelle, du ministère de la prévoyance sociale, ou de l'institution concernée).
- Un membre de mon ménage est atteint au 1er janvier d'une infirmité grave et permanente le rendant totalement et définitivement incapable de quitter sa résidence sans l'assistance d'un tiers (joindre le certificat médical mentionnant : « Par suite d'une infirmité grave de nature permanente, l'intéressé (nom, prénom et adresse) était dans l'impossibilité totale et définitive de quitter son domicile sans l'assistance d'un tiers au 1er janvier »).
- Je n'étais pas domicilié à cette adresse au 1^{er} janvier (ne rien joindre)
- Mon domicile au 1^{er} janvier concerne une habitation collective: home, caserne, hôpital, etc. (ne rien joindre).
- Autre motif :

Je joins à ce formulaire la preuve que je réponds aux conditions d'exonération.

Ce document peut nous être renvoyé :

- par courrier : Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale
Boîte postale 135
Bruxelles 21
1210 Bruxelles
- par mail : afb.fisc@mrbc.irisnet.be
- par fax : 02-204.15.36

**ATTENTION : - AVEZ-VOUS COMPLETE VOTRE NOM, ADRESSE ET NUMERO DE ROLE ?
- AVEZ-VOUS JOINT LES PREUVES ?**