

**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					
Categorie	OPS ☐	CALog ☐	Cadre/Niveau		
Numéro de la ZP					

2 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 fonction – Directeur d'une zone de police de catégorie 4 ou 5 (uniquement pour les commissaires divisionnaires, conseillers A4 et A5) Remarque: joindre obligatoirement une copie de la décision attestant que la fonction de directeur a été qualifiée comme telle dans le tableau des effectifs			
☐ 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 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 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**.