



Vos droits en matière de sécurité sociale

en Irlande

Ce guide présente des informations préparées et mises à jour en étroite collaboration avec les correspondants nationaux du MISSOC, le système d'information mutuelle sur la protection sociale. De plus amples renseignements sur le réseau MISSOC sont disponibles à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Ce guide fournit une description générale du régime de sécurité sociale applicable dans les pays respectifs. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues à travers d'autres publications MISSOC, toutes disponibles à l'adresse mentionnée ci-dessus. Vous pouvez également contacter les autorités et institutions compétentes énumérées à l'annexe du présent guide.

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Table des matières

Chapitre I: Généralités, organisation et financement	4
Introduction	4
Organisation de la protection sociale	5
Financement	5
Chapitre II: Soins de santé	7
Ouverture des droits	7
Couverture de l'assurance.....	7
Modalités d'accès	8
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces	10
Ouverture des droits	10
Couverture de l'assurance.....	10
Modalités d'accès	10
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	11
Ouverture des droits	11
Couverture de l'assurance.....	11
Modalités d'accès	12
Chapitre V: Prestations d'invalidité	13
Ouverture des droits	13
Couverture de l'assurance.....	13
Modalités d'accès	13
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse	14
Ouverture des droits	14
Couverture de l'assurance.....	15
Modalités d'accès	15
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	17
Ouverture des droits	17
Couverture de l'assurance.....	18
Modalités d'accès	19
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles	20
Ouverture des droits	20
Couverture de l'assurance.....	20
Modalités d'accès	21
Chapitre IX: Prestations familiales	22
Ouverture des droits	22
Couverture de l'assurance.....	22
Modalités d'accès	23
Chapitre X: Chômage.....	24
Ouverture des droits	24
Couverture de l'assurance.....	25
Modalités d'accès	25
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	26
Ouverture des droits	26
Couverture de l'assurance.....	27
Modalités d'accès	27
Chapitre XII : Soins de longue durée	28
Ouverture des droits	28
Couverture de l'assurance.....	29
Modalités d'accès	30
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles	31

Chapitre I : Généralités, organisation et financement

Introduction

L'Irlande offre essentiellement trois types de prestations de sécurité sociale:

- les prestations contributives (d'assurance sociale), en fonction du nombre de cotisations PRSI (*Pay-Related Social Insurance* – assurance sociale liée au revenu) payées au cours d'une période déterminée;
- les prestations non contributives (d'aide sociale), en faveur des personnes qui n'ont pas droit aux prestations d'assurance sociale et qui sont fonction d'une analyse des ressources financières; et
- les prestations dites universelles, comme les allocations familiales (*Child Benefit*) ou le libre parcours gratuit (*Free Travel*), servies indépendamment des ressources des bénéficiaires et de leurs cotisations à l'assurance sociale. Les prestations universelles sont toutefois peu nombreuses.

Les demandeurs doivent satisfaire les conditions du régime qu'ils sollicitent pour bénéficier des prestations. Certains paiements exigent d'autres conditions s'ajoutant aux conditions de cotisations PRSI ou d'analyse des revenus. Si vous sollicitez par exemple une prestation pour demandeur d'emploi, vous devez être disponible et chercher un emploi.

Les personnes qui n'ont pas droit à (certains de) ces régimes d'assurance peuvent prétendre aux prestations des régimes non contributifs qui existent parallèlement à la quasi-totalité des régimes d'assurance disponibles.

Au titre de la législation irlandaise il n'existe pas de régime de sécurité sociale spécial pour certaines catégories particulières de travailleurs. Les travailleurs salariés et indépendants sont tous assurés au même régime général d'assurance sociale.

D'une manière générale, tous les salariés et les travailleurs indépendants de plus de 16 ans qui n'ont pas atteint l'âge de la retraite (66 ans) sont assurés. Pour les salariés qui gagnent moins de € 38 par semaine (au total) ou qui ont plus de 66 ans, l'assurance ne couvre plus que les prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle. Toutes les personnes qui résident habituellement en Irlande ont droit à certains services de santé.

Que faut-il faire pour être affilié à la sécurité sociale?

Si vous occupez pour la première fois un emploi en Irlande, vous devez immédiatement vous rendre à votre bureau local de l'action sociale (*Social Welfare Local Office*) pour demander un numéro personnel de services publics (*Personal Public Service Number – PPS*). Il s'agit d'un numéro de référence unique à utiliser dans toutes les démarches auprès des services publics, y compris pour avoir droit aux prestations de la sécurité sociale, aux services de santé et pour l'impôt sur revenus. Une fois que le PPS, votre numéro personnel unique, vous a été attribué, adressez-vous au service local des impôts pour vous mettre en règle.

Vous devez veiller à être inscrit et à communiquer votre numéro PPS à votre employeur, faute de quoi il se pourrait que vos cotisations PRSI ne soient pas enregistrées correctement.

Mentionnez toujours votre numéro PPS lorsque vous sollicitez des prestations, de même que dans toute correspondance échangée avec le ministère de la protection sociale (*Department of Social Protection*). Ce numéro permet d'identifier rapidement votre dossier et évite ainsi des retards dans le paiement des prestations sociales dues.

Organisation de la protection sociale

Les bureaux principaux du ministère de la protection sociale sont situés à Buncrana, Carrick-on-Shannon, Dublin, Dundalk, Letterkenny, Longford, Roscommon, Sligo et Waterford. La distribution des services au niveau local est établie sur la base de trois régions et s'effectue via un réseau d'environ 125 bureaux locaux ou bureaux INTREO ou branches.

Le Bureau de recours en matière sociale (*Social Welfare Appeals Office*) est un service indépendant du ministère chargé de statuer sur les recours formés à l'encontre de décisions relatives aux droits en matière de prévoyance sociale et de se prononcer sur les questions d'assurabilité de l'emploi.

Le ministère de la santé (*Department of Health*) est responsable de formuler et d'évaluer une politique de santé stratégique, des questions de ressources, de la mesure des résultats et de la gestion de l'ensemble du système des prestations. Le ministère est actuellement engagé dans un programme de changement organisationnel et de réforme des services de santé du pays. La gestion et la délivrance de services sanitaires et sociaux personnalisés relèvent de la responsabilité de la HSE qui est régie par la Direction de la Santé mise en place par le ministre de la santé en juillet 2013. Le conseil directeur de la HSE a cessé d'exister. La Direction gère les services à travers une structure conçue d'une manière telle que les patients et les clients se trouvent au centre de l'organisation. La direction est responsable de la fourniture de tous les services sociaux de santé et personnels à travers le pays, y compris les services de soins hospitaliers, primaires, de proximité et continus. La fourniture de ces services est organisée autour des divisions de services nouvellement créées. Il existe quatre Directeurs régionaux pour la performance et l'intégration (*Regional Directors for Performance and Integration (RDPIs)*) qui jouent un rôle clé dans la performance et l'intégration des services au niveau régional ainsi que dans la gestion de l'ensemble des responsabilités opérationnelles déléguées. Les soins primaires, les soins de santé communautaires, les services sociaux personnalisés et les services (hospitaliers) de soins continus sont dispensés principalement via les 32 bureaux de santé locaux (*Local Health Offices*).

Financement

Les cotisations d'assurance sociale des salariés et des employeurs sont versées à la caisse d'assurances sociales (*Social Insurance Fund*), qui bénéficie également d'une subvention de l'État. Les régimes d'assurance sociale sont financés par cette caisse, qui est gérée par le ministère de la protection sociale. En revanche, les prestations non contributives et les allocations familiales (*child benefit*) sont financées par la fiscalité générale.

Les prestations en nature au titre des services de santé sont principalement financées avec les ressources provenant des impôts généraux. Elles sont gérées par les

Autorités de la santé (*Health Service Executive – HSE*) au travers de leurs bureaux régionaux, sous le contrôle général du ministère de la santé (*Department of Health*).

Votre employeur est légalement responsable du paiement de l'intégralité de la cotisation PRSI. Néanmoins, il est tenu de prélever la quote-part du salarié lors du versement de la rémunération due. Il existe différents taux de cotisation suivant la nature de l'activité professionnelle. Ils sont appelés catégories de cotisation (*Contribution Classes*).

Normalement, le travailleur salarié paie également la charge sociale universelle (*Universal Social Charge*), prélevée en même temps que la cotisation PRSI, mais indépendante de cette dernière. Aucune charge sociale universelle ne doit être versée lorsque:

- votre revenu annuel est inférieur à €°10.036; ou
- vous recevez des allocations de protection sociale.

Taux globaux de cotisation à l'assurance sociale (hormis les prestations en nature de maladie et de maternité):

- Employé: 4,0% Aucune cotisation salariale n'est due sur les premiers €°127 du salaire hebdomadaire. Les employés ayant une rémunération inférieure ou égale à €°352 par semaine sont exemptés de la cotisation. Plafond annuel: €°75,036.
- Employeur: 8,5% (y compris une contribution de 0,7% au Fonds national pour la formation) sur les revenus inférieurs ou égaux à € 356 par semaine. 10,75% (y compris une contribution de 0,7% au Fonds national pour la formation) sur tous les revenus au-dessus de €°356 par semaine. Pas de plafond.

Chapitre II: Soins de santé

Ouverture des droits

En Irlande, le droit aux services de santé dépend essentiellement de conditions de résidence et de ressources. Toute personne, quelle que soit sa nationalité, reconnue par les Autorités de la santé (*Health Service Executive – HSE*) comme résidente ordinaire en Irlande, est soit entièrement admissible (catégorie 1, c'est-à-dire les titulaires d'une carte de prestations médicales), soit partiellement admissible (catégorie 2) pour bénéficier des services de santé.

Le droit à la carte médicale dépend surtout des ressources de la personne. La carte peut également être délivrée en cas de «lourdes épreuves» (*Undue hardship*), même quand les seuils de revenus sont dépassés. Il existe des revenus indicatifs distincts pour les personnes de plus de 70 ans qui demandent une carte médicale.

Toutes les autres personnes qui «résident habituellement» en Irlande bénéficient d'une admissibilité limitée.

Vous pouvez consulter des informations relatives aux cartes médicales sur le site <http://www.hse.ie>.

Couverture de l'assurance

Toutes les personnes qui résident habituellement en Irlande ont droit, gratuitement, aux prestations suivantes:

- hospitalisation des enfants atteints de certaines maladies de longue durée;
- médicaments pour les personnes atteintes de certaines infirmités;
- hospitalisation en cas de maladie infectieuse, diagnostic et prévention de ces maladies.

Catégorie 1- Admissibilité complète: titulaires de la carte de prestations médicales

La catégorie 1 regroupe les personnes qui, de l'avis des Autorités de la santé (*Health Service Executive*), ne peuvent pas supporter le coût des prestations des médecins généralistes pour elles-mêmes ou pour les personnes à leur charge. Les personnes de cette catégorie sont souvent appelées titulaires de la carte médicale, car cette carte leur est délivrée pour établir un droit aux soins. Il existe des revenus indicatifs (*Income Guidelines*) pour déterminer si une personne remplit ou non les conditions requises.

Les titulaires d'une carte de prestations médicales peuvent bénéficier des services suivants:

- les prestations des médecins généralistes; toutes les prestations hospitalières aux malades en salle commune;
- les prestations de spécialiste dans les services de consultation externe;

- certaines prestations de soins dentaires, ophtalmologiques et auditifs, ainsi que les prothèses;
- les médicaments sur prescription, les aides et prothèses médicales et chirurgicales;
- les soins de maternité et les soins aux nourrissons;
- une allocation en espèces en cas de maternité pour chaque nouveau-né;
- les soins dans les services d'urgence (*accident and emergency department*) sont gratuits.

L'admissibilité pour une carte de prestations médicales entraîne une série importante d'avantages dérivés: l'exemption du paiement des cotisations de santé, l'exemption des frais d'examen dans les écoles secondaires, une aide pour les manuels scolaires et le transport scolaire gratuit pour certains enfants.

Catégorie 2 – Admissibilité limitée

Toute personne qui ne bénéficie pas de l'intégralité des prestations de santé a droit à une admissibilité limitée:

- toutes les prestations hospitalières aux malades en salle commune, moyennant le paiement d'une contribution légale;
- les prestations de spécialiste (hormis les soins dentaires et la plupart des examens ophtalmiques ou auditifs de routine) dans les services de consultation externe;
- les soins de maternité et les soins aux nourrissons, y compris les prestations d'un médecin de famille pendant la grossesse, et pour la mère et le nourrisson durant les six semaines qui suivent la naissance;
- le remboursement des médicaments au-delà d'un certain plafond (€ 144 par mois);
- les médicaments pour certaines maladies spécifiées dans le cadre du régime de maladies de longue durée (*long-term illness scheme*).

Les personnes se situant au-dessus des revenus indicatifs pour l'admissibilité complète ont droit à une carte de visites médicales (*GP visit card*), en fonction de leur revenu, qui donne droit aux services gratuits d'un médecin généraliste.

Les soins dentaires et les services ophtalmiques et auditifs de routine dans les services de consultation externe sont exclus, mais ces prestations sont fournies aux enfants envoyés par une institution de soins pédiatriques (*Child Health Clinic*) ou à l'occasion d'un examen médical scolaire. Un service de maternité et de soins aux nourrissons est fourni durant la grossesse et pendant six semaines après la naissance. Les soins en salle d'accident ou d'urgence (*Accident and Emergency Department*) sont payants, sauf si le patient est envoyé par son médecin.

Modalités d'accès

Les personnes bénéficiant de l'admissibilité complète doivent choisir sur une liste de médecins généralistes locaux qui sont sous contrat avec la HSE pour fournir des services au titre du régime médical général (GMS).

Les personnes bénéficiant de l'admissibilité limitée qui vont voir un médecin généraliste sous régime privé, choisissent leur propre médecin généraliste. Les personnes bénéficiant de l'admissibilité limitée et titulaires d'une carte de visites médicales (*GP visit card*) choisissent un médecin généraliste sur une liste de praticiens

sous contrat avec la HSE pour fournir des services au titre du régime médical général (GMS).

L'orientation vers des services médicaux spécialisés se fait via les médecins généralistes.

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Des indemnités d'incapacité de travail sont payées chaque semaine aux assurés pendant les périodes d'incapacité de travail. Elles peuvent être remplacées par des **indemnités d'accident du travail ou de maladie professionnelle** (*injury benefit*) lorsque l'incapacité est due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Pour avoir droit aux indemnités d'incapacité de travail, il faut:

- être en état d'incapacité de travail;
- remplir les conditions de cotisation:
 - 104 cotisations hebdomadaires PRSI effectives, payées depuis que vous avez commencé à travailler et,
 - 39 cotisations hebdomadaires PRSI effectives ou fictives, (payées ou créditées) au cours de l'exercice de cotisation de référence, dont au moins 13 effectives pour cet exercice ou d'autres exercices de cotisation, ou
 - 26 cotisations hebdomadaires PRSI effectives, payées pour chacun des deux exercices de cotisation précédant l'exercice de cotisation de référence.

Couverture de l'assurance

Le montant des indemnités de maladie s'élève à € 188 par semaine. Des suppléments familiaux sont payés pour les adultes et les enfants remplissant les conditions requises, s'élevant respectivement à € 124,80 et € 29,80 par semaine.

Les indemnités sont normalement payées à partir du quatrième jour de maladie. Dès que vous en bénéficiez, vous continuez à y avoir droit pendant toute la durée de l'incapacité de travail, et pour une durée maximale de deux ans, si au moins 260 cotisations PRSI hebdomadaires ont déjà été payées. Lorsque moins de 260 cotisations effectives ont été payées, les prestations prennent fin après 52 semaines d'incapacité.

Modalités d'accès

Les indemnités d'incapacité de travail doivent être demandées dans les sept jours qui suivent le début de l'incapacité de travail. Vous devez envoyer un «certificat d'incapacité de travail» (*certificate of incapacity for work*) établi par votre médecin au ministère de la protection sociale. Normalement, ce certificat doit être renouvelé pour chaque semaine d'incapacité.

L'indemnité de maladie et les allocations pour les adultes et les enfants remplissant les conditions requises sont payées chaque semaine par virement sur un compte bancaire ou par chèque envoyé par la poste.

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Prestations en nature

Toutes les femmes qui résident en Irlande ont droit aux prestations en nature en rapport avec la grossesse et l'accouchement.

Prestations de maternité

Des prestations de maternité peuvent être versées aux femmes qui occupent un emploi couvert par la loi de 1994 sur la protection de la maternité des salariées (*Maternity Protection of Employees Act, 1994*) immédiatement avant le premier jour du congé de maternité. Pour avoir droit aux prestations, il faut avoir à son actif:

- au moins 39 cotisations hebdomadaires PRSI effectives, payées au cours des douze mois qui précèdent le premier jour du congé de maternité; ou
- au moins 39 cotisations hebdomadaires PRSI effectives, payées depuis que vous avez commencé à travailler et au moins 39 cotisations hebdomadaires PRSI effectives ou fictives (payées ou créditées) au cours de l'exercice fiscal de référence ou au cours de l'année qui suit l'exercice fiscal de référence; ou
- au moins 26 cotisations hebdomadaires PRSI effectives, payées au cours de l'exercice fiscal de référence et au moins 26 cotisations hebdomadaires PRSI effectives, payées au cours de l'exercice fiscal qui précède l'exercice fiscal de référence.

Les travailleuses non salariées doivent avoir à leur actif au moins 52 cotisations hebdomadaires payées au cours du dernier ou du deuxième dernier exercice fiscal complet précédant l'exercice au cours duquel la demande de prestation est faite.

Indemnité d'adoption (*Adoptive Benefit*)

L'indemnité d'adoption est un paiement dont peut bénéficier une personne adoptant un enfant. Les conditions ouvrant droit aux prestations, les montants et les modalités de versement sont similaires à ceux applicables pour les prestations de maternité.

Couverture de l'assurance

Prestations en nature

Les services pré- et post-natals et les soins hospitaliers pour les enfants de moins de six semaines, sont gratuits. Voir aussi la partie sur les soins de santé.

Prestations de maternité

Les prestations de maternité sont payables pendant une période de 26 semaines. Deux semaines au moins doivent être prises avant la date à laquelle la naissance est prévue et quatre semaines après l'arrivée du bébé.

Le montant payé correspond à 80% des revenus du travail au cours de l'année fiscale de référence pour les revenus, avec un plancher hebdomadaire minimal et un plafond maximal, ou au montant de l'indemnité de maladie (y compris les majorations pour les adultes et les enfants remplissant les conditions requises) à laquelle la personne aurait droit en cas d'absence au travail pour cause de maladie, selon le montant le plus important.

La date de début du congé de maternité détermine l'exercice fiscal de référence.

La prestation est à présent imposable.

Modalités d'accès

Allocation de maternité

Les prestations de maternité (*maternity benefit*) doivent être demandées six semaines avant la date de début du congé de maternité choisie (douze semaines pour les travailleurs indépendants). Le formulaire de demande est disponible auprès du bureau local d'action sociale (*Social Welfare Local Office*). Il sera complété par votre médecin et par votre employeur et il faudra le retourner au ministère de la protection sociale.

Les paiements sont effectués chaque semaine par virement sur un compte bancaire ou par un chèque envoyé par la poste.

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

La pension d'invalidité (*Invalidity Pension*) est servie chaque semaine, en lieu et place des indemnités de maladie (*Illness Benefit*), aux assurés reconnus en état d'incapacité permanente de travail (ou qui sont susceptibles de se trouver en incapacité de travail pendant minimum 12 mois) et qui remplissent les conditions de cotisation PRSI.

Pour être éligible à une pension d'invalidité, vous devez avoir à votre actif au moins:

- 260 cotisations hebdomadaires PRSI payées, au taux approprié, depuis l'affiliation au régime d'assurance, et
- 48 cotisations hebdomadaires PRSI (effectives ou fictives) au cours de l'exercice de cotisation de référence.

Avant de pouvoir prétendre à la pension d'invalidité, vous devez généralement avoir déjà bénéficié d'indemnités de maladie (*Illness Benefit*) pendant douze mois au moins. Dans certains cas, il est néanmoins possible d'y avoir droit plus tôt.

Couverture de l'assurance

La pension d'invalidité est un montant à taux fixe qui dépend de l'âge. Elle est de € 193,50 par semaine pour les personnes de moins de 65 ans; elle s'élève à € 230,30 par semaine pour les personnes de 65 ans et plus.

Des allocations supplémentaires sont payées pour les adultes et les enfants remplissant les conditions requises.

Sous certaines conditions, les bénéficiaires peuvent avoir droit à une allocation de téléphone (*Telephone Allowance*), une allocation d'électricité ou de gaz naturel (*Electricity or Gas Allowance*), une allocation de chauffage (*Fuel Allowance*) et à une redevance TV (*Television Licence*). Les personnes âgées de 66 ans ou plus vivant seules peuvent bénéficier d'une allocation de personne isolée (*living alone allowance*) de € 7,70 par semaine.

Modalités d'accès

La pension d'invalidité, y compris les majorations pour les adultes et les enfants remplissant les conditions requises, est payée directement sur un compte bancaire par virement électronique si vous résidez en Irlande. Si vous résidez hors d'Irlande, la pension sera normalement payée chaque mois dans la devise locale ou par virement électronique.

Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

À quelques exceptions près, tous les employés et apprentis âgés de 16 ans et plus sont obligatoirement assurés. Des dispositions similaires sont applicables aux travailleurs indépendants.

Pension de retraite (transition) [State Pension (Transition)]

La pension de retraite peut être octroyée à l'âge de 65 ans jusqu'à 66 ans à toute personne qui cesse d'exercer une activité à temps plein et qui remplit les conditions de cotisation PRSI.

De manière générale, une personne assurée âgée entre 65 et 66 ans est considérée comme étant retraitée, pour autant que ses revenus du travail ne dépassent pas € 38 par semaine comme travailleur salarié ou € 5.000 par an en qualité d'indépendant.

Les conditions de cotisation PRSI sont les suivantes:

- avoir commencé à verser des cotisations d'assurance sociale avant l'âge de 55 ans;
- avoir à son actif au moins 520 cotisations effectives, au taux approprié;
- avoir à son actif une moyenne annuelle de 24 cotisations hebdomadaires PRSI effectives ou fictives à partir de 1953 ou de la date à partir de laquelle vous avez occupé un emploi couvert par le régime d'assurance.

La pension de retraite (transition) ne sera plus versée à partir du 1^{er} janvier 2014.

Pension de base (contributive) [State Pension (Contributory)]

Cette pension est accordée à partir de l'âge de la retraite (66 ans) à tout assuré qui remplit les conditions de cotisation PRSI. L'âge requis sera porté à 67 en 2012 et à 68 en 2028. Vous y avez droit, même si vous continuez à travailler. Elle ne peut cependant pas se cumuler avec la pension de retraite (transition).

La pension de base (contributive) doit être demandée dans les trois mois qui précèdent l'âge de la retraite, au moyen d'un formulaire disponible auprès du bureau local d'action sociale ou de tout bureau de poste.

Les conditions de cotisation PRSI sont les suivantes:

- avoir commencé à verser vos cotisations d'assurance sociale avant l'âge de 56 ans;
- avoir à son actif au moins 520 cotisations au taux approprié;
- avoir une moyenne annuelle d'au moins dix semaines de cotisations effectives et/ou fictives à partir de 1953 (ou de la date à partir de laquelle vous avez occupé un emploi couvert par le régime d'assurance), jusqu'à la fin de l'exercice fiscal précédant votre soixante-sixième anniversaire. Une moyenne annuelle de dix semaines de cotisations effectives vous donnera droit à une pension de base contributive au taux minimal.

Toute personne bénéficiant d'une pension d'invalidité (*Invalidity Pension*) voit cette dernière automatiquement versée dans le régime de pension de base (contributive) [*State Pension (Contributory)*] à son soixante-sixième anniversaire.

Une personne qui interrompt un emploi salarié pour s'occuper d'un enfant de moins de douze ans ou d'une personne invalide peut bénéficier d'une durée maximale de 20 ans d'exercice d'une telle activité dans le calcul de la moyenne annuelle des cotisations PRSI effectives.

Pension de base (non contributive) [*State pension (non-contributory)*]

Les personnes âgées de 66 ans ou plus qui n'ont pas droit à une pension de base (contributive) peuvent bénéficier d'une pension de base (non contributive), sous réserve des conditions de résidence¹ habituelle et de ressources.

Couverture de l'assurance

Le montant de la pension de retraite (transition) s'élève à € 230,30 par semaine (maximum). Si la moyenne annuelle des cotisations hebdomadaires enregistrées s'élève à plus de 24, mais à moins de 48, une pension réduite est payable.

Le montant de la pension de base (contributive) est également de € 230,30 par semaine (maximum). Si la moyenne annuelle des cotisations hebdomadaires enregistrées s'élève à plus de dix, mais à moins de 48, une pension réduite est payable.

Des majorations sont payées pour les adultes et les enfants remplissant les conditions requises.

Une majoration de € 7,70 par semaine est payable pour toute personne âgée de 66 ans ou plus vivant seule.

Modalités d'accès

Pension de retraite (transition) [*State Pension (Transition)*]

La pension de retraite (transition) doit être demandée dans les trois mois qui précèdent le soixante-cinquième anniversaire ou dans les trois mois qui précèdent la cessation de l'activité assurable si elle intervient après l'âge de 65 ans. Le formulaire de demande est disponible auprès de tous les bureaux locaux d'action sociale et de tous les bureaux de poste.

Le versement des allocations concernant les adultes et les enfants remplissant les conditions requises est effectué sur un compte bancaire par transfert électronique de fonds (EFT) ou par transfert électronique d'informations (EIT), à l'aide d'une carte magnétique, à un bureau de poste désigné.

¹ La condition de résidence habituelle signifie que vous devez apporter la preuve que vous êtes un résident habituel de l'Irlande ou du moins de l'espace géographique englobant le Royaume-Uni, les îles de la Manche et l'île de Man (*Common Travel Area of the UK, the Channel Islands or the Isle of Man*), et ce depuis une période continue substantielle.

Pension de base (contributive) [*State Pension (Contributory)*]

La pension de base (contributive) doit être demandée dans les trois mois qui précèdent l'âge de la retraite, au moyen d'un formulaire disponible auprès du bureau local d'action sociale ou de tout bureau de poste.

La pension, y compris les majorations pour les adultes et les enfants remplissant les conditions requises, peut être payée directement sur un compte bancaire par virement électronique de fonds (EFT) ou par transfert électronique d'informations (EIT), à l'aide d'une carte magnétique, à un bureau de poste désigné.

Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Pension de veuvage ou de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil (contributive) [Widow's, Widower's or Surviving Civil Partner's (Contributory) Pension]

À quelques exceptions près, tous les employés et apprentis âgés de 16 ans et plus sont obligatoirement assurés pour ces prestations.

Le conjoint survivant ou divorcé qui ne s'est pas remarié ou qui ne vit pas maritalement avec un partenaire, peut bénéficier de cette pension. Les concubins ou cohabitants survivants ne sont pas des ayants-droit.

La pension de veuvage ou de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil (contributive) peut être servie à un veuf ou à une veuve ou à un partenaire survivant d'un pacte civil, quel que soit son âge, si les conditions de cotisation sont remplies soit dans le registre d'assurance du conjoint défunt, soit dans son propre registre. Les conditions de cotisation PRSI sont les suivantes:

- compter au moins 156 cotisations PRSI effectives jusqu'à la date du décès du conjoint ou de son accession à la retraite, et
- une moyenne minimale d'au moins 39 contributions hebdomadaires PRSI effectives ou fictives, payées au cours des trois ou des cinq exercices fiscaux avant le décès du conjoint ou son accession à la retraite. Le nombre d'années retenu est celui qui est le plus favorable pour atteindre la moyenne annuelle;
- soit, pour une pension minimale, une moyenne annuelle d'au moins 24 cotisations hebdomadaires PRSI effectives ou fictives est requise entre la date d'entrée dans la vie active et la fin de l'exercice fiscal précédant le décès du conjoint ou son accession à la retraite. Pour la pension maximale, une moyenne annuelle de 48 cotisations hebdomadaires PRSI effectives ou fictives est requise.

Allocations de décès

Une allocation de décès est servie au décès:

- d'un assuré;
- du conjoint de la personne assurée;
- du veuf, de la veuve ou du partenaire survivant d'un pacte civil d'un assuré;
- d'un enfant (de moins de 18 ans) d'un assuré;
- d'un adulte remplissant les conditions requises pour une personne pensionnée cotisante, y compris les personnes qui rempliraient les conditions requises mais bénéficient d'une autre prestation de sécurité sociale, par exemple l'allocation aux personnes assurant les soins (*carer's allowance*);
- d'un enfant remplissant les conditions requises;
- d'un orphelin ou d'une personne à qui l'indemnité de tutelle (contributive) est due.

Au décès d'un adulte, une allocation de décès (*Bereavement Grant*) peut être servie sur la base du registre des cotisations PRSI du défunt ou de son conjoint. Au décès

d'un enfant, l'allocation décès est servie si l'un des parents ou la personne avec laquelle l'enfant vivait normalement remplit les conditions de cotisation PRSI.

L'allocation de décès s'élève à € 850.

Paiement de prestations et pensions après un décès

À certaines conditions, si une personne bénéficiant de prestations hebdomadaires vient à mourir, les paiements peuvent continuer pendant une période de six semaines après le décès. Cette possibilité s'applique également au décès d'une personne bénéficiant d'allocations pour un adulte ou des enfants remplissant les conditions requises. En outre, si les prestations hebdomadaires devaient comporter une augmentation pour adulte remplissant les conditions requises – qui n'est cependant pas payée parce que ce conjoint de la personne décédée bénéficie déjà de prestations en son nom propre – les paiements au conjoint continueront à être servis pendant une période de six semaines après la date du décès.

Ces paiements durant six semaines après le décès s'appliquent également à :

- l'allocation de famille monoparentale (*one parent family payment*), lorsqu'il y a un enfant remplissant les conditions requises, au bénéfice de cet enfant, et
- l'indemnité pour les personnes assurant les soins (*carer's benefit*) et l'allocation aux personnes assurant les soins (*carer's allowance*), lorsque la personne dont on s'occupait n'était pas le conjoint de celle qui prodiguait les soins.

Couverture de l'assurance

Pension de veuvage ou de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil (contributive) [Widow's, Widower's or Surviving Civil Partner's (Contributory) Pension]

La pension de veuvage ou de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil (contributive) est servie aussi longtemps que le bénéficiaire demeure veuf/veuve et ne vit pas avec un nouveau partenaire.

Le montant de la pension varie en fonction de l'âge du conjoint ou conjoint divorcé, survivant :

- moins de 66 ans: € 193,50 par semaine;
- plus de 66 ans: € 230,30 par semaine.

Une majoration de € 7,70 par semaine est payable pour toute personne âgée de 66 ans ou plus vivant seule.

Une majoration de € 29,80 par semaine est payable pour chaque enfant éligible de moins de 18 ans (ou de moins de 22 ans si l'enfant poursuit une formation à plein temps). Cette majoration peut être cumulée avec les prestations familiales.

Les veuves/veufs qui n'ont pas droit à une pension de veuvage ou de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil (contributive) peuvent avoir droit à une pension de veuvage ou de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil (non contributive) à condition qu'ils résident habituellement en Irlande et qu'ils répondent à certaines conditions de ressources.

Indemnité de tutelle (*guardian's payment*)

L'enfant orphelin de père et de mère a droit à une indemnité de tutelle (contributive) de € 161,00 par semaine si l'enfant a moins de 18 ans (ou moins de 22 ans s'il poursuit une formation à plein temps) et que 26 semaines de cotisation d'un emploi couvert par le régime d'assurance ont été payées par l'un des parents ou beaux-parents par remariage. Les orphelins qui n'ont pas droit à l'indemnité de tutelle (contributive) peuvent bénéficier de l'indemnité de tutelle (non contributive) sous réserve des conditions de résidence habituelle et de ressources.

Autres prestations

Les autres prestations incluent une allocation de partenaire d'un pacte civil survivant ou veuf de € 6.000 est versée en une fois si le survivant a au moins un enfant à charge.

Modalités d'accès

La pension doit être demandée dans les trois mois suivant le décès du conjoint, au moyen d'un formulaire disponible dans n'importe quel bureau local d'action sociale et dans les bureaux de la poste.

Le paiement, y compris les majorations pour les enfants remplissant les conditions requises, est versé directement sur un compte bancaire par virement électronique de fonds (EFT) ou par transfert électronique d'informations (EIT), à l'aide d'une carte magnétique, à un bureau de poste désigné.

Une demande doit être introduite dans les douze mois qui suivent la date du décès, au moyen d'un formulaire de demande disponible dans n'importe quel bureau local d'action sociale. Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter le [ministère de la protection sociale](#).

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

Les employés et certains apprentis sont obligatoirement assurés. Il n'est pas possible de souscrire à une assurance volontaire.

Des prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle (*Occupational Injuries Benefits*) sont octroyées aux assurés victimes d'un accident du travail ou de certaines maladies professionnelles en raison de leur emploi. Les accidents sur le trajet entre le domicile et le travail sont couverts. Quelque 56 maladies professionnelles sont prises en compte.

Il n'y a pas de conditions spécifiques requises pour les prestations relatives aux accidents du travail. Une période définie d'exposition au risque est établie pour des maladies professionnelles spécifiques (surdité, tuberculose and pneumoconiose).

Elles peuvent comporter des indemnités d'accident du travail ou de maladie professionnelle, des indemnités d'invalidité, un complément pour inaptitude à occuper un emploi, des soins de santé et des prestations de décès.

Couverture de l'assurance

Indemnités d'accident du travail ou de maladie professionnelle (*Injury Benefit*)

Les indemnités d'accident du travail ou de maladie professionnelle sont servies en cas d'incapacité de travail. Les prestations sont versées à partir du quatrième jour d'incapacité pendant 26 semaines au maximum à partir de la date de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle. Si l'incapacité de travail subsiste au-delà de 26 semaines, vous aurez droit aux indemnités d'inaptitude.

Indemnité d'invalidité (*disablement benefit*)

Les indemnités d'invalidité (*Disablement Benefit*) seront servies si vous êtes atteint d'une réduction de vos facultés physiques ou mentales à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, même si vous pouvez encore travailler.

Le complément pour inaptitude à occuper un emploi (*Incapacity Supplement*) est servi aux personnes qui bénéficient déjà de l'indemnité d'invalidité (*Disablement Benefit*), si elles sont considérées incapables de travailler de manière permanente à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et si elles ne peuvent bénéficier de l'indemnité de maladie (*Illness Benefit*).

Soins de santé (*medical care*)

Le régime des prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle couvre le coût des soins de santé excédant les dépenses déjà prises en charge par la HSE

(*Health Services Executive*) ou dans le cadre des prestations dentaires, ophtalmologiques, optiques, etc. (*treatment benefits*).

Prestations de décès (*Death Benefits*)

Des prestations de décès peuvent être payées lorsqu'un assuré vient à décéder des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Elles peuvent aussi être versées aux personnes à charge d'un assuré qui, au moment de son décès, percevait une pension (*disablement pension*) au titre d'une invalidité évaluée à 50% ou plus, quelle que soit la cause du décès. Les prestations de décès couvrent:

- la pension de veuvage ou de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil (*Widow's/Widower's or Surviving Civil Partner's Pension*);
- la pension d'orphelin (*orphan's pension*);
- les pensions pour personnes à charge (*dependent parent's pensions*);
- l'allocation funéraire (*funeral grant*).

Modalités d'accès

Si vous êtes victime d'un accident du travail, il faut en informer votre employeur. Vous devez adresser au ministère de la protection sociale un certificat d'incapacité de travail rédigé sur un formulaire spécial disponible auprès de la plupart des médecins. Ce certificat doit être renouvelé pour chaque semaine d'incapacité.

Les indemnités d'accident du travail ou de maladie professionnelle, y compris les majorations pour les adultes ou enfants remplissant les conditions requises, sont normalement payées à partir du quatrième jour d'incapacité de travail. Les paiements sont effectués chaque semaine par virement électronique sur un compte bancaire ou par un chèque envoyé par la poste.

Les indemnités d'invalidité doivent être réclamées dans un délai de trois mois, sinon vous risquez d'en perdre une partie.

Si des soins de santé sont prodigués à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le ministère de la protection sociale doit en être informé dans un délai de six semaines après le début des soins.

Les prestations de décès doivent être demandées au moyen d'un formulaire spécial au ministère de la protection sociale, dans un délai de trois mois suivant le décès, faute de quoi elles risquent d'être perdues.

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Les prestations familiales incluent:

- les allocations familiales (*child benefit*);
- le complément de revenu familial (*family income supplement- FIS*);
- les allocations aux familles monoparentales (*one-parent family payment*).

L'octroi de ces prestations peut être soumis à certaines conditions spécifiques. Voir ci-dessous «Couverture de l'assurance».

Pour l'indemnité de tutelle (*guardian's payment*) contributive et l'indemnité de tutelle non contributive, voir la partie sur les [survivants](#). Pour l'allocation de soins à domicile, voir la partie sur les [soins de longue durée](#).

Couverture de l'assurance

Allocations familiales (*Child Benefit*)

Les allocations familiales, qui ne sont subordonnées à aucune condition d'assurance ou de ressources, sont octroyées pour chaque enfant de moins de 16 ans, ou jusqu'à 18 ans si l'enfant suit une formation à plein temps ou s'il est handicapé. La condition relative au lieu de résidence habituelle doit être remplie pour bénéficier de ces allocations.

Les allocations familiales sont versées à la mère de l'enfant ou à sa belle-mère, mais peuvent également être versées au père ou au beau-père si l'enfant vit chez lui et que celui-ci subvient à ses besoins.

Les allocations familiales sont payées chaque mois, et leur montant dépend de la position de l'enfant dans la fratrie.

Complément de revenu familial (*Family Income Supplement*)

Le complément de revenu familial (FIS) est une prestation régulière hebdomadaire en espèces non soumise à l'impôt, octroyée aux familles, y compris monoparentales, percevant un bas salaire. Pour avoir droit à cette prestation, il faut:

- être salarié à plein temps et travailler dix-neuf heures ou plus par semaine, ou 38 heures ou plus par quinzaine; et
- avoir au moins un enfant remplissant les conditions requises qui normalement vit avec vous et aux besoins duquel vous subvenez/ contribuez; et
- disposer d'un revenu net ne dépassant pas le plafond prévu.

Un emploi à plein temps implique que votre emploi est censé durer au moins trois mois. Le travail occasionnel, comme le travail saisonnier et les programmes publics (*Government Sponsored Schemes*), ne compte pas comme travail à plein temps.

Le montant du FIS payable est égal à 60% de la différence entre le revenu familial (net de PRSI et net d'impôt sur le revenu) et la limite de revenu applicable à la famille en fonction de sa taille.

Allocations aux familles monoparentales (*One-Parent Family Payment*)

Les allocations aux familles monoparentales sont servies aux hommes et aux femmes qui élèvent un enfant sans le soutien d'un partenaire. Le paiement de cette allocation peut être demandé:

- si votre plus jeune enfant est âgé de 10 ans ou moins;
- si vous êtes célibataire, veuf/veuve, le conjoint d'un prisonnier, séparé ou divorcé; ou
- si votre mariage a été annulé et que vous ne vivez plus avec votre ex-conjoint.

Vous avez droit à cette allocation si: vous êtes le principal responsable des soins d'au moins un enfant et que celui-ci vit chez vous; vous ne cohabitez pas (en vivant maritalement avec un partenaire); vous disposez de revenus du travail égaux ou inférieurs à € 425 par semaine; vous remplissez les conditions requises après une analyse de vos ressources; et vous répondez à la condition habituelle de résidence.

Modalités d'accès

En général, les demandes de prestations familiales doivent se faire par le biais des bureaux locaux d'action sociale. Il convient de noter que les allocations familiales sont payées chaque mois et qu'elles sont dues à partir du premier jour du mois qui suit celui de la naissance de l'enfant ou de son arrivée en Irlande. La demande doit normalement être présentée par le parent de l'enfant dans les trois mois qui suivent cette date, au moyen d'un formulaire disponible dans n'importe quel bureau local d'action sociale.

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Il s'agit d'une allocation servie chaque semaine aux assurés pendant les périodes de chômage. Pour avoir droit à une allocation de demandeur d'emploi (*Jobseeker's Benefit*), il faut:

- remplir les conditions de cotisation PRSI requises;
- être à la fois apte au travail et disponible pour un emploi;
- être véritablement à la recherche d'un emploi;
- être âgé de plus de 16 ans et de moins de 66 ans.

Les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et agents de la fonction publique recrutés avant avril 1995 et les personnes avec un revenu inférieur à € 38 par semaine ne paient pas les cotisations PRSI ouvrant les droits à cette allocation.

L'allocation pour demandeurs d'emploi (*jobseeker's allowance*) pour les personnes qui n'ont pas droit aux indemnités de chômage (*jobseeker's benefit*) est payable dans des conditions largement similaires. Elle est toutefois soumise à des conditions de ressources et de résidence. Aucune période de cotisation n'est nécessaire. La limite d'âge minimale est 18 ans.

Le droit aux indemnités de chômage et à l'allocation pour demandeur d'emploi peut être suspendu pendant certaines périodes, par exemple si vous êtes licencié de votre propre faute ou si vous refusez une offre d'emploi convenable.

Les taux réduits de paiement en guise de pénalités ont été mis en place pour encourager les demandeurs d'emploi à s'engager dans les mesures prévues par le Plan d'action national pour l'emploi (PNAE) ainsi que dans d'autres mesures d'activation.

Allocations de chômage économique (*redundancy payments*)

La plupart des assurés sont couverts par le régime des allocations de chômage économique (*Redundancy Payments Scheme*) géré par le ministère de la protection sociale (*Department of Social Protection*). Un assuré qui perd son emploi pour motif économique touchera, s'il répond à certaines conditions, une somme forfaitaire. Le montant de cette somme dépendra du temps pendant lequel il aura travaillé chez l'employeur qui l'a licencié, de son âge et du montant de sa rémunération au moment du licenciement.

Un travailleur est normalement considéré comme licencié pour motif économique lorsque son licenciement est dû à la fermeture totale ou partielle de l'entreprise ou à la diminution des besoins de celle-ci en main-d'œuvre de cette nature ou de cette qualification.

Il faut cependant noter que le droit aux prestations de ce régime dépend de la durée du travail accompli au service d'un même employeur en Irlande, et non de cotisations. Les dispositions du droit de l'Union européenne en matière de totalisation des périodes d'assurance ne s'appliquent pas à ces prestations.

Si une personne bénéficie d'une allocation de chômage économique qui excède € 50.000, elle peut perdre son droit aux allocations pour demandeur d'emploi (*Job-seeker's Benefit*) pendant une période de neuf semaines au maximum. Cette perte de droit ne s'applique pas aux demandeurs âgés de 55 ans et plus.

Couverture de l'assurance

Les indemnités de chômage et l'allocation pour demandeur d'emploi sont normalement payées à partir du quatrième jour de chômage. Toutefois, si vous avez déjà introduit une demande de prestations de maladie ou pour demandeur d'emploi dans les 13 semaines précédentes, vous pourrez en bénéficier dès le premier jour. Si vous avez reçu des indemnités de chômage juste avant de demander une allocation pour demandeur d'emploi (*jobseeker's allowance*), il n'y a pas de délai d'attente.

En règle générale, les indemnités de chômage sont servies pendant 234 jours, mais sont limitées à 156 jours si vous avez versé moins de 260 cotisations hebdomadaires depuis votre première affiliation au régime d'assurance. Toutefois, elles peuvent être versées jusqu'à l'âge de la retraite à condition que la personne continue de remplir les conditions requises pour leur paiement. L'allocation pour demandeur d'emploi est payée pour une durée illimitée jusqu'à l'âge de 66 ans.

Les indemnités de chômage et l'allocation pour demandeur d'emploi sont des prestations forfaitaires qui s'élèvent à € 188 par semaine. L'allocation pour demandeur d'emploi est versée à des taux réduits pour les bénéficiaires de moins de 24 ans.

Des majorations sont disponibles pour les adultes ou enfants remplissant les conditions requises. Vous pouvez avoir droit à d'autres suppléments, tels que des suppléments sous le régime de l'aide sociale (par exemple le supplément de loyer et de remboursement des intérêts hypothécaires, ou l'aide en cas de besoins exceptionnels et urgents) et, pour les bénéficiaires de l'allocation pour demandeur d'emploi, l'allocation de chauffage.

Modalités d'accès

L'allocation de chômage doit être demandée dès le premier jour de chômage. La demande est introduite auprès du bureau local d'action sociale. Elle peut être demandée par la poste si vous êtes à plus de 10 kilomètres (6 miles) du bureau en question. Des formulaires de déclaration d'impôt sur le revenu, comme le formulaire P 60 (déclaration annuelle), peuvent vous être demandés pour déterminer vos droits à cette allocation.

Les indemnités de chômage sont payées chaque semaine à terme échu par chèque ou mandat payable dans tout bureau de poste.

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Si vous êtes résident en Irlande et que vous ne totalisez pas assez de cotisations pour avoir droit à une prestation d'assurance sociale (*Social Insurance Payment*) ou que vous avez épuisé tous vos droits, vous pouvez recevoir, en lieu et place, une prestation non contributive.

En outre, un ensemble de dispositifs non contributifs en cas d'imprévus sont à la disposition des personnes avec des moyens limités. Ces dispositifs fournissent également des prestations en espèces et ont une plus large application en Irlande que la couverture minimale générale à caractère non contributif. Ces dispositifs sont les suivants:

- l'allocation chômage (*jobseeker's allowance*);
- l'allocation d'invalidité (*disability allowance*) pour les personnes handicapées âgées de 16 à 66 ans;
- la pension d'aveugle (*blind pension*) pour les non-voyants et certains malvoyants âgés de 18 à 66 ans;
- les allocations aux familles monoparentales (*one-parent family payment*) pour les personnes assurant toutes seules l'éducation d'un enfant;
- Assistance au monde agricole (*Farm Assist*): un régime d'aide aux exploitants agricoles ayant de faibles revenus, âgés de 18 à 66 ans;
- la pension de veuvage ou de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil (non contributive);
- la pension de base (non contributive) [*State pension (non-contributory)*].

De manière générale, si vos ressources (et celles de votre conjoint ou concubin) ne dépassent pas un certain plafond, vous remplirez les conditions ouvrant droit à ces prestations. Certains revenus et biens ne sont pas pris en compte dans l'analyse des ressources.

De plus, il faut être considéré comme «résident habituel» en Irlande. La condition de résidence habituelle signifie que si vous souhaitez bénéficier de et sollicitez une des interventions sociales ci-dessus, vous devrez apporter la preuve que vous êtes un résident habituel de l'Irlande ou du moins de l'espace géographique englobant le Royaume-Uni, les îles de la Manche et l'île de Man (Common Travel Area of the UK, the Channel Islands or the Isle of Man), et ce depuis une période continue substantielle.

Pour trancher si vous êtes ce résident habituel, le ministère tiendra compte de:

- votre principal centre d'intérêt;
- la durée et la continuité de votre séjour en Irlande ou dans d'autres parties de l'espace géographique mentionné ci-dessus;
- la durée et la raison de votre absence de l'Irlande;
- la nature et la structure de votre emploi, le cas échéant;
- votre intention de vivre en République d'Irlande comme indiqué dans les justificatifs.

Le régime de l'aide sociale (*Supplementary Welfare Allowance Scheme*) prévoit, au titre de la couverture minimale générale à caractère non contributif, différentes allocations à taux fixe pour les personnes dont les ressources sont insuffisantes pour subvenir à leurs besoins.

Couverture de l'assurance

Le taux maximal de toutes les prestations à caractère non contributif, y compris les suppléments pour le conjoint/concubin et les enfants, est applicable dès lors qu'une personne n'a aucune ressource. Si l'analyse des ressources a mis en évidence certaines ressources, le taux applicable est réduit de manière proportionnelle.

Des majorations sont disponibles pour l'allocation d'invalidité, la pension de base et la pension d'aveugle, à savoir l'allocation de personne isolée, la gratuité des transports et de l'électricité, la gratuité de la redevance TV et de l'abonnement téléphonique.

Tous ces dispositifs ont une durée illimitée à condition que les conditions continuent d'être remplies.

Des allocations de logement et de chauffage sont également prévues:

- le supplément au loyer (*rent supplement scheme*) offre une aide à court terme aux personnes remplissant les conditions requises, qui vivent dans un logement locatif privé, dont les ressources sont insuffisantes pour faire face aux frais de logement et qui n'ont pas d'autres moyens d'hébergement disponibles. Le niveau de l'aide varie en fonction de la situation du logement locatif et de la taille de la famille;
- le supplément pour remboursement des intérêts hypothécaires (*interest supplement scheme*) offre une aide à court terme aux personnes remplissant les conditions requises, qui vivent dans un logement dont ils sont propriétaires. Le niveau de l'aide varie en fonction du niveau des intérêts hypothécaires à payer;
- l'allocation de chauffage.

Les personnes totalement dépendantes des prestations sociales à caractère non contributif bénéficient de l'admissibilité complète pour les [services de santé](#).

Modalités d'accès

Pour accéder à ces prestations, il faut en faire la demande de manière officielle. L'analyse des ressources est basée sur les informations détaillées fournies dans la demande. Dans la majorité des cas, l'évaluation comprend également un entretien avec un inspecteur des services sociaux employé par le ministère de la protection sociale.

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

Alors qu'il n'y a pas de système à part pour les soins de longue durée en Irlande, plusieurs régimes/prestations fournissent un soutien aux personnes qui en ont besoin.

Le régime de soutien des centres de soins (*Nursing Homes Support Scheme*) fournit un soutien financier pour couvrir les coûts des soins résidentiels de longue durée. Les demandeurs doivent se soumettre à une évaluation des besoins de soins et financière afin de déterminer a) si des soins résidentiels de longue durée constituent la meilleure option et b) dans quelle mesure ils peuvent participer aux coûts de leurs soins. Toute personne dont le besoin de soins résidentiels de longue durée a été établi, peut bénéficier du régime, quelque soit l'âge. Toutefois, les soins résidentiels doivent être adaptés afin de satisfaire le besoin de soins de la personne.

L'initiative de soins à domicile Home care packages est destinée aux personnes qui ont besoin d'une assistance moyenne à importante au sein de la communauté. Elle vise en particulier les personnes âgées qui sont dans des hôpitaux pour soins aigus et qui risquent d'être placées dans des établissements de soins de longue durée.

Indemnité de soins à un proche dépendant (*Carer's Benefit*)

Les indemnités de soins à un proche dépendant sont des prestations payées aux personnes assurées qui ont récemment quitté le marché du travail pour s'occuper de proches qui ont besoin de soins à temps plein. Elle peut être payée aux employés assurés qui s'occupent d'une personne dépendante pendant une durée comprise entre au moins six semaines et au maximum deux ans. La prestation pour les personnes assurant les soins n'est soumise à aucune condition de ressources. Pour avoir droit à ces prestations, le travailleur et la/les personne(s) dont il prend soin doivent répondre à certains critères énumérés ci-après.

Le travailleur assuré qui demande l'indemnité de soins à un proche dépendant doit:

- avoir au moins 18 ans;
- avoir été employé pendant au moins huit semaines au cours des 26 semaines précédentes;
- remplir les conditions de cotisation PRSI;
- quitter son emploi (dont la durée de travail était d'au moins 16 heures par semaine ou 32 heures sur deux semaines) pour s'occuper d'une personne à plein temps;
- n'exercer aucune activité salariée ou non salariée en dehors de la maison pendant plus de 15 heures par semaine;
- ne pas vivre dans un hôpital, une maison de convalescence ou une institution similaire.

La ou les personnes dont le travailleur assuré prend soin doivent:

- présenter un handicap qui nécessite l'aide et l'attention d'un tiers à plein temps (un certificat médical est exigé); et
- ne pas vivre habituellement dans un hôpital, une maison de convalescence ou une institution similaire.

Allocation de dépendance (*constant attendance allowance*)

L'allocation de dépendance est versée aux bénéficiaires de l'indemnité d'invalidité (*disablement benefit*) qui présentent un handicap si grave qu'ils ont besoin de l'assistance d'un tiers pendant une période d'au moins six mois.

Aucune période minimale d'affiliation n'est nécessaire. L'allocation n'est soumise à aucune condition de ressources.

Allocation de soins à domicile (*Domiciliary Care Allowance*)

Cette prestation est servie pour les enfants âgés de seize ans au maximum, qui vivent au domicile et qui requièrent nettement plus de soins et d'attention que ne l'exigent normalement les enfants du même âge.

Aucune période minimale d'affiliation n'est nécessaire. L'allocation n'est soumise à aucune condition de ressources.

Allocation aux personnes assurant les soins (*carer's allowance*)

Cette allocation est versée aux aidants résidents âgés de 18 ans ou plus qui s'occupent de personnes malades/handicapées de plus de 16 ans et des enfants bénéficiant d'une allocation de soins à domicile.

Aucune période minimale d'affiliation n'est nécessaire. L'allocation est attribuée sous condition de ressources (en fonction des ressources de l'aidant).

Allocation aux personnes assurant les soins temporaires (*respite care grant*)

Il s'agit d'une allocation annuelle pour les aidants à temps plein, âgés d'au moins 16 ans, qui s'occupent de personnes ayant besoin de l'assistance et de l'attention d'un tiers à temps plein.

Aucune période minimale d'affiliation n'est nécessaire.

Couverture de l'assurance

L'initiative de soins à domicile *Home care packages* est une assistance complémentaire qui s'ajoute aux services communautaires standards. Aucune durée maximale des prestations n'est précisée.

Le régime de soutien des centres de soins (*Nursing Home Support Scheme*) fournit un soutien financier destiné à contribuer aux coûts des centres de soins publics désignés et des centres de soins privés agréés. Le montant de votre participation aux frais dépend des résultats de l'évaluation financière. Ce soutien financier est maintenu tant que vous demeurez dans un centre de soins et que vous continuez à y avoir droit au vu des résultats de l'évaluation financière.

La prestation pour les personnes assurant les soins (*carer's benefit*) englobe un montant personnel pour l'aidant et un montant complémentaire pour tout enfant remplissant les conditions requises. Les prestations sont payées pendant deux années au maximum. Le travailleur assuré peut demander ces prestations pour une période ininterrompue ou pour des périodes distinctes, sans dépasser au total la durée à

laquelle il a droit. Si vous vous occupez de plusieurs personnes, vous pouvez bénéficier d'une majoration de 50% du montant personnel. L'indemnité de soins à un proche dépendant (*Carer's Benefit*) est payée chaque semaine, directement sur un compte bancaire ou auprès d'une société de crédit immobilier (Building society) autre que sur un compte hypothécaire.

La prestation pour les personnes assurant les soins (*carer's benefit*), l'allocation aux personnes assurant les soins (*carer's allowance*), l'allocation de dépendance, l'allocation de soins à domicile et l'allocation aux personnes assurant les soins temporaires sont payées directement aux aidants et les montants ne sont pas différenciés en fonction des niveaux de dépendance. Pour les montants effectifs des prestations, veuillez vous référer aux [tableaux du MISSOC](#), Tableau XII «Soins de longue durée», «Prestations en espèces, Montant».

Modalités d'accès

Dans le cadre du programme de soins en établissement (*Nursing Home Support Scheme*), une évaluation des besoins de soins (*care needs assessment*) est effectuée par une personne ou des personnes qui, de l'avis de la HSE, ont les qualifications adaptées pour procéder à une telle évaluation et pour préparer un rapport.

Pour accéder à la prestation pour les personnes assurant les soins, à l'allocation aux personnes assurant les soins, à l'allocation de dépendance et à l'allocation aux personnes assurant les soins temporaires, le demandeur doit soumettre les informations émanant du médecin du bénéficiaire des soins concernant le niveau des soins dispensés. Ces informations sont soumises à l'examen d'un évaluateur médical du Ministère de la protection sociale.

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

Pour les questions en matière de sécurité sociale impliquant plusieurs États membres de l'UE, vous pouvez rechercher les coordonnées des organismes sur le répertoire des institutions de sécurité sociale tenu par la Commission européenne et disponible à l'adresse: <http://ec.europa.eu/social-security-directory>

Ministère de la protection sociale
Social Welfare Services Office
College Rd,
Sligo.
Tél.: (+353-71) 915 7100
E-mail: info@www.welfare.ie

Un certain nombre d'organismes officiels, mentionnés ci-dessous, agissent sous l'égide du ministère de la protection sociale:

- Le Conseil d'information pour les citoyens (*Citizens Information Board*) renseigne, conseille et fournit des services juridiques en matière de services publics et sociaux (site web: <http://www.citizensinformationboard.ie>);
- Le Conseil pour les pensions (*Pension Board*) supervise la mise en œuvre de la loi sur les pensions qui traite de la réglementation des pensions professionnelles et des comptes personnels d'épargne retraite. Il conseille aussi le Ministre en matière de politique des pensions (site web: <http://www.pensionsboard.ie>);
- Le Bureau du médiateur des pensions (*Office of the Pensions Ombudsman*) examine les plaintes pour pertes financières résultant d'une mauvaise administration, des différends de fait ou de droit, relatifs aux systèmes de pensions professionnelles et des comptes personnels d'épargne retraite. Le médiateur des pensions est un officier légal qui exerce ses fonctions indépendamment (site web: <http://www.pensionsombudsman.ie>).
- Pour plus d'informations sur le ministère, veuillez consulter le site: <http://www.welfare.ie>

Ministère de l'Entreprise, de l'Emploi et de l'Innovation
Department of Enterprise, Jobs and Innovation
Davitt House
65A Adelaide Road
Dublin 2

Pour de plus amples informations relatives aux allocations pour personnes s'occupant d'un proche dépendant (*Carer's benefit*), contactez le service: Employment Rights Information Unit du ministère de l'Entreprise, du Commerce et de l'Emploi, au numéro de téléphone (353-1) 631 3131.

Pour de plus amples informations relatives à la loi portant sur le congé pour s'occuper d'un proche dépendant (*Law on Carer's Leave*), visitez le site internet du ministère de l'Entreprise, du Commerce et de l'Emploi: <http://www.entemp.ie> ou envoyez un courriel à: info@entemp.ie

Ministère de la Santé

Department of Health

Hawkins House

Hawkins Street

Dublin 2

Tél.: (+353-1) 635 4000

E-mail: directly through the website <http://www.doh.ie>

Direction de la santé

Health Service Directorate

Dr Stevens Hospital

Dublin 8

Tél.: (+353-1) 635 4000

Website <http://www.hse.ie>.

Les Autorités de la santé (HSE) sont divisées en zones géographiques avec des bureaux de santé locaux (*Local Health Offices*) responsables des services de santé dans une zone donnée. Ces bureaux sont indiqués à l'adresse suivante:

<http://www.hse.ie/eng/services/maps/map.html?showDoc=1&>