



Vos droits en matière de sécurité sociale

en Lettonie

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	4
Financement	5
Chapitre II: Soins de santé	6
Ouverture des droits	6
Couverture de l'assurance.....	6
Modalités d'accès	6
Chapitre III : Prestations de maladie en espèces	8
Ouverture des droits	8
Couverture de l'assurance.....	8
Modalités d'accès	9
Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité.....	10
Ouverture des droits	10
Couverture de l'assurance.....	10
Modalités d'accès	11
Chapitre V: Prestations d'invalidité	12
Ouverture des droits	12
Couverture de l'assurance.....	12
Modalités d'accès	12
Chapitre VI: Pensions et prestations de vieillesse	13
Ouverture des droits	13
Couverture de l'assurance.....	13
Modalités d'accès	14
Chapitre VII: Prestations en faveur des survivants.....	15
Ouverture des droits	15
Couverture de l'assurance.....	15
Modalités d'accès	16
Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles	18
Ouverture des droits	18
Couverture de l'assurance.....	18
Modalités d'accès	19
Chapitre IX: Prestations familiales	20
Ouverture des droits	20
Couverture de l'assurance.....	20
Modalités d'accès	21
Chapitre X: Chômage.....	22
Ouverture des droits	22
Couverture de l'assurance.....	22
Modalités d'accès	23
Chapitre XI : Garantie de ressources.....	24
Ouverture des droits	24
Couverture de l'assurance.....	25
Modalités d'accès	25
Chapitre XII : Soins de longue durée	27
Ouverture des droits	27
Couverture de l'assurance.....	27
Modalités d'accès	28
Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles	29

Chapitre I : Généralités, organisation et financement

Introduction

Le régime letton de sécurité sociale couvre:

- les services de soins ainsi que l'assurance maladie, les indemnités de maternité et de paternité;
- les indemnités en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles;
- l'allocation pour frais funéraires;
- les pensions d'invalidité;
- les pensions de vieillesse et de survivant;
- l'assurance chômage;
- les allocations familiales

Organisation de la protection sociale

Le système de sécurité sociale letton est organisé autour du ministère de la protection sociale (*Labklājības ministrija*) dont la principale tâche dans le domaine de la sécurité sociale consiste à développer et à mettre en œuvre la politique nationale en matière d'assurance sociale et de prestations sociales nationales.

L'organe central chargé de la politique nationale de santé et de l'organisation générale et du fonctionnement du système de santé est le Ministère de la Santé (*Veselības ministrija*).

L'Agence nationale d'assurances sociales (*Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra*) ainsi que ses bureaux locaux gèrent les prestations familiales et les services d'assurance sociale: maladie, chômage, congé parental, maternité, vieillesse, survivants, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles.

L'Agence nationale pour l'emploi (*Nodarbinātības valsts aģentūra*) s'occupe de la médiation du travail, des programmes de placement et de formation, alors que l'Agence nationale d'assurances sociales se charge du paiement des allocations de chômage.

Les services sociaux sont gérés par le ministère de la protection sociale (*Labklājības ministrija*), et les institutions sous sa tutelle [l'Agence nationale d'intégration sociale (*Sociālās integrācijas valsts aģentūra*)], des ONG et les municipalités, alors que l'aide sociale est gérée par les municipalités seules. Ces dernières œuvrent indépendamment des ministères.

L'administration du budget santé est réalisée par le Service National de Santé (*Nacionālais veselības dienests*). Le Service National de Santé conclut des contrats annuels avec les fournisseurs de services médicaux et couvre les dépenses de santé des personnes qui ont droit aux services de soins de santé couverts par l'Etat auprès de ces fournisseurs.

Financement

Le Service national de l'impôt (*Valsts ieņēmumu dienests*) tient les registres des impôts et des contribuables, perçoit les impôts et les taxes d'Etat ainsi que tout autre prélèvement obligatoire sur le territoire de la République de Lettonie, encaisse les impôts et les taxes ainsi que tout autre prélèvement obligatoire pour le Budget de l'UE et met en œuvre la politique douanière.

Le taux de cotisation de sécurité sociale obligatoire s'élève à 35,09% du salaire brut, dont 24,09% sont versés par l'employeur et 11% par le salarié. L'employeur est responsable du versement de ces cotisations; il retient automatiquement sur le revenu du salarié le pourcentage fixé par la législation.

Pour les travailleurs indépendants, la cotisation de sécurité sociale obligatoire est calculée sur la base des revenus perçus de la production, réalisation de travaux, prestation de services, activités exceptionnelles et professionnelles ainsi que d'autres revenus.

Chapitre II : Soins de santé

Ouverture des droits

Peuvent bénéficier des soins de santé couverts par le budget de l'Etat:

- les citoyens lettons ainsi que leurs enfants;
- les non citoyens lettons ainsi que leurs enfants;
- les citoyens des États membres de l'Union européenne, des États de l'Espace économique européen et de la Confédération helvétique résidant en Lettonie en tant que salariés ou travailleurs indépendants, ainsi que les membres de leur famille;
- les étrangers qui ont un permis de résidence permanente en Lettonie ainsi que leurs enfants;
- les réfugiés et les personnes auxquelles un statut alternatif (de protection subsidiaire) a été accordé, ainsi que leurs enfants;
- les personnes détenues, arrêtées et condamnées, qui sont privées de leur liberté, ainsi que leurs enfants.

Les conjoints de citoyens lettons et de non citoyens lettons ayant un titre de séjour temporaire en Lettonie ont droit aux soins de santé gratuits pour femmes enceintes et à l'assistance à la naissance payés par le budget de base de l'Etat.

Couverture de l'assurance

Le système légal de soins de santé couvre tous les services de soins de santé, à l'exception de ceux qui sont exclus de son champ d'application. Seuls les services fournis par les médecins et les institutions ayant signé des accords contractuels avec le Service National de Santé sont couverts par l'Etat.

Les patients à l'exception de ceux âgés de moins de 18 ans, des femmes enceintes, des personnes dans le besoin et d'autres personnes remplissant un certain nombre des conditions spécifiques, contribuent aux frais de la consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste, ainsi qu'aux frais hospitaliers, aux frais de médicaments et à ceux liés à certains examens diagnostiques. Le montant de la contribution varie en fonction du service.

Modalités d'accès

En premier lieu, il convient de prendre rendez-vous avec un médecin généraliste. Une recommandation de la part du médecin généraliste est exigée pour que les soins ou les examens diagnostiques fournis par un spécialiste ou dans un hôpital soient couverts par l'Etat. Par exception, aucune recommandation n'est nécessaire en cas d'urgence ou pour certains spécialistes, comme par exemple, les gynécologues ou les pédiatres. Si les patients ne disposent pas d'une recommandation, par exemple parce qu'ils veulent éviter les délais d'attente, tous les coûts doivent être pris en charge par les patients eux-mêmes ou par l'assurance maladie volontaire.

Avant de se rendre chez le médecin pour bénéficier de services de soins, le patient doit se renseigner si:

- le médecin ou le centre de soins est un prestataire de services conventionné;
- les prestations de soins nécessaires sont couvertes par l'État.

Tout bénéficiaire des services de soins garantis par l'État doit payer la taxe fixée par l'État (voir ci-dessus «Couverture de l'assurance»).

Chapitre III : Prestations de maladie en espèces

Ouverture des droits

Les prestations d'assurance maladie sont versées si la personne ne se présente pas sur son lieu de travail et de ce fait perd le montant de son salaire ou si un travailleur indépendant perd son revenu, pour l'une des raisons suivantes:

- maladie ou traumatisme;
- soins médicaux ou prophylactiques;
- mise en quarantaine;
- traitement dans un centre médical de convalescence sur prescription médicale si cela est jugé nécessaire par le corps médical jusqu'à ce que le patient récupère sa capacité de travail;
- soins aux enfants malades de moins de 14 ans;
- séjour à l'hôpital pour pose de prothèse ou d'orthèse.

Les salariés et les indépendants affiliés à l'assurance sociale peuvent prétendre à ces prestations.

Couverture de l'assurance

Les indemnités pour incapacité de travail (à savoir les indemnités de maladie (*Slimības pabalsts*)) sont versées à partir du 11^e jour d'incapacité jusqu'au rétablissement de la capacité de travail selon les modalités suivantes:

- pour une période d'incapacité initiale de 26 semaines, à partir du premier jour d'incapacité de travail sans interruption;
- pour une période d'incapacité maximum de 52 semaines sur trois ans, avec des interruptions.

Dans des cas particuliers, si la nécessité de poursuivre le traitement médical est établie, la période de paiement des indemnités maladie peut être prolongée au-delà des 26 semaines, mais sans dépasser les 52 semaines, à partir du premier jour d'incapacité de travail si l'incapacité est continue.

Un délai de carence d'un jour s'applique. L'employeur verse une indemnité à partir du 2^eme jusqu'au 10^eme jour d'incapacité.

Si la personne est en incapacité de travail pour s'occuper d'un enfant malade de moins de 14 ans, les indemnités journalières sont versées dès le premier jour jusqu'au 14^e jour de l'arrêt si l'enfant est soigné à la maison, et du 15^e jour au 21^e jour si l'enfant est soigné à l'hôpital.

Le montant des indemnités journalières de maladie s'élève à 80% du salaire de base de l'assuré, calculé à partir des revenus de 12 mois, ayant servi de base pour le versement des cotisations d'assurance sociale. Temporairement, entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014, la partie de l'allocation dépassant LVL 11,51 (€ 16) par jour est payée à un taux réduit de moitié.

Une **allocation pour frais funéraires** (*Apbedīšanas pabalsts*) est payée en cas de décès de la personne assurée ou en cas de décès d'un membre de la famille à charge.

Modalités d'accès

La demande d'indemnités journalières maladie adressée à l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA) doit être accompagnée d'un certificat médical et d'une attestation de l'employeur certifiant que la personne n'a pas travaillé pendant la période d'incapacité de travail; le travailleur indépendant atteste lui-même ne pas avoir perçu de revenus pendant la période d'incapacité de travail.

Ces documents peuvent être déposés dans n'importe quel bureau de VSAA, soit par l'assuré en personne, soit par une personne ayant procuration, sur présentation d'une pièce d'identité. Ils peuvent également être envoyés par la poste à un bureau de VSAA ou soumis par voie électronique. Les indemnités journalières de maladie peuvent être demandées dans les 12 mois suivant le premier jour d'incapacité de travail.

Chapitre IV: Prestations de maternité et de paternité

Ouverture des droits

Les salariés et les indépendants affiliés à l'assurance sociale peuvent prétendre à ces prestations.

Indemnité de maternité

L'indemnité de maternité (*maternitātes pabalsts*) est versée pendant toute la période de congé de maternité (congé de grossesse et congé post-natal), si la mère ne reprend pas son travail et de ce fait perd son revenu salarial ou si, travailleuse indépendante, elle perd son revenu.

Indemnité de paternité

L'indemnité de paternité (*paternitātes pabalsts*) est versée au père à la naissance d'un enfant (congé de dix jours calendaires).

Indemnité parentale

L'indemnité parentale (*vecāku pabalsts*) est versée aux personnes qui sont en congé d'éducation et qui élèvent des enfants de moins d'un an, si ces personnes sont salariées au moment où la prestation est octroyée. L'allocation est accordée à l'un des parents ou à la personne qui prend soin d'un enfant en tant que tuteur, parent adoptif ou parent d'accueil.

Couverture de l'assurance

Indemnité de maternité

Le congé de grossesse de 56 jours calendaires ainsi que le congé post-natal de 56 jours calendaires sont indemnisés. Les indemnités de maternité couvrent donc une période de 112 jours calendaires.

Si la femme est inscrite auprès d'un médecin avant la 12^e semaine de grossesse et doit être sous surveillance continue pendant le reste de sa grossesse, un congé supplémentaire de 14 jours s'ajoute au congé de grossesse légal, auquel cas l'allocation est versée pendant la totalité des 70 jours de congé.

En cas de complications natales ou post-natales, ainsi qu'en cas de naissances multiples, un congé supplémentaire de 14 jours s'ajoute au congé post-natal légal, auquel cas l'allocation est versée pendant la totalité des 70 jours de congé.

L'indemnité de maternité s'élève à 80% du montant du salaire moyen, calculé à partir des revenus de 12 mois, ayant servi de base pour le versement des cotisations d'assurance sociale.

Entre le 3 novembre 2010 et le 31 décembre 2014, la partie de l'indemnité de maternité qui dépasse LVL 23,02 (€ 33) par jour est versée à un taux réduit de moitié.

Indemnité de paternité

L'indemnité de paternité s'élève à 80% du montant du salaire moyen, calculé à partir des revenus de 12 mois, ayant servi de base pour le versement des cotisations d'assurance sociale.

Entre le 3 novembre 2010 et le 31 décembre 2014, le montant de l'indemnité de paternité est ramené à 80% du montant du salaire moyen de la personne et la partie de l'indemnité de paternité qui dépasse LVL 23,02 (€ 33) par jour est versée à un taux réduit de moitié.

Indemnité parentale

L'indemnité parentale s'élève à 70% du montant du salaire moyen, calculé à partir des revenus de 12 mois, ayant servi de base pour le versement des cotisations d'assurance sociale, mais ne doit pas être inférieure à LVL 100 (€ 142) par mois.

Jusqu'au 31 décembre 2014 (pour les personnes qui s'occupent d'un enfant né après le 2 novembre 2010), la partie de la prestation qui dépasse LVL 23,02 (€ 33) par jour est versée à un taux réduit de moitié.

Le paiement de l'indemnité parentale est suspendu si la personne perçoit des allocations de chômage pour la même période.

Modalités d'accès

Indemnité de maternité

Pour bénéficier de l'indemnité de maternité, la mère doit déposer auprès de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA), une demande d'allocation, un certificat de maternité ainsi qu'une attestation de l'employeur certifiant qu'elle n'a pas travaillé pendant la période du congé de maternité; si elle est travailleuse indépendante, elle atteste elle-même ne pas avoir perçu de revenus pendant son congé de maternité.

Indemnité de paternité

Pour bénéficier de l'indemnité de paternité, le père doit déposer auprès de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA), une demande d'allocation, une attestation de l'employeur certifiant que le père de l'enfant est en congé pour la naissance de son enfant.

Indemnité parentale

Pour bénéficier de l'indemnité parentale, l'un des parents ou la personne prenant soin d'un enfant en tant que tuteur, parent adoptif ou parent d'accueil, doit en faire la demande auprès de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA)

La demande peut être déposée dans n'importe quel bureau de VSAA, par le père, la mère, ou par une personne ayant procuration, sur présentation d'une pièce d'identité. Elle peut également être envoyée par la poste à un bureau de VSAA ou soumise par voie électronique. Les indemnités de maternité/paternité/de congé parental peuvent être demandées dans les 12 mois suivant l'accouchement.

Chapitre V: Prestations d'invalidité

Ouverture des droits

Peut bénéficier d'une pension d'invalidité toute personne assurée depuis au moins trois ans qui, n'ayant pas atteint l'âge requis (62 ans) pour l'attribution de sa pension de vieillesse, est reconnue invalide. Le taux et la durée de l'invalidité sont déterminés par la Commission d'experts médicaux pour la Santé et la Capacité de travail (VDEAVK).

La pension d'invalidité est versée jusqu'à ce que la personne invalide atteigne l'âge requis pour l'attribution de sa pension de vieillesse.

Couverture de l'assurance

Le montant de la pension d'invalidité pour les personnes classées dans les groupes d'invalidité I et II dépend:

- du salaire de base moyen de référence de l'assuré, calculé sur 36 mois consécutifs dans les cinq années précédant l'attribution de la pension d'invalidité;
- de la durée d'affiliation de l'assuré;
- du niveau de la durée d'affiliation maximum possible déterminé entre l'âge de 15 ans et l'âge de la retraite.

Le montant de la pension d'invalidité pour le groupe III correspond au montant de la prestation nationale de sécurité sociale.

La pension d'invalidité est accordée au taux minimal, si la personne au cours des cinq années précédant l'octroi de la pension d'invalidité, n'a pas fait l'objet d'une couverture d'assurance invalidité.

Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité dont la pension a été accordée pour la première fois avant le 1er janvier 2012 ont le droit de percevoir un complément d'allocation mensuel concernant les périodes d'assurance accomplies jusqu'au 31 décembre 1995 et prises en compte dans l'attribution (ou le recalcul) de la pension.

Modalités d'accès

Pour bénéficier d'une pension d'invalidité, l'assuré doit déposer auprès de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA) la demande d'attribution d'une pension d'invalidité, ainsi qu'un document justifiant de sa durée d'affiliation.

Chapitre VI : Pensions et prestations de vieillesse

Ouverture des droits

Peuvent bénéficier d'une pension de vieillesse les femmes et les hommes qui ont atteint l'âge de 62 ans et qui ont accompli une durée d'affiliation d'au moins dix ans.

L'assuré qui totalise pas moins de 25 ans de durée d'affiliation et qui a pris soin de cinq enfants ou plus ou d'un enfant handicapé pendant une période d'au moins 8 ans jusqu'au 18ème anniversaire de l'enfant peut demander à bénéficier de sa pension de vieillesse cinq ans avant l'âge légal de la retraite. Ce droit à la retraite anticipée n'est pas accordé si l'assuré est privé du droit de garde ou de tutelle.

Préretraite

Les hommes et les femmes avec à leur actif une durée d'affiliation d'au moins 30 ans peuvent prétendre à une pension de préretraite deux ans avant l'âge normal de la retraite.

Pension complémentaire

Le régime complémentaire par capitalisation, ou du deuxième pilier, est obligatoire pour tous les assurés qui avaient moins de 30 ans au 1^{er} juillet 2001. Ceux âgés de 30 à 49 ans à cette date peuvent adhérer au régime de retraite du deuxième pilier de manière volontaire.

Couverture de l'assurance

Le montant de la pension de vieillesse dépend de la durée d'affiliation du cotisant (jusqu'en 1996), du montant des cotisations (depuis 1996) et de l'âge de la personne.

Pour le calcul du montant de la pension de vieillesse pendant la période transitoire sont pris en compte non seulement le capital épargné par cotisations par ou pour la personne depuis le 1er janvier 1996, mais aussi le capital initial correspondant à la durée d'affiliation jusqu'au 31 décembre 1995. Le montant du capital initial dépend de la durée d'affiliation de l'assuré et de son salaire de base moyen pris en compte pour l'assurance au cours de la période de 1996 à 1999 (quatre ans).

Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse dont la pension a été accordée pour la première fois avant le 1er janvier 2012 ont le droit de percevoir un complément d'allocation mensuel concernant les périodes d'assurance accomplies jusqu'au 31 décembre 1995 et prises en compte dans l'attribution (ou le recalcul) de la pension.

Préretraite

Si la pension de préretraite est octroyée après le 1^{er} juillet 2009, le montant de la pension accordée est payé à hauteur de 50%, mais si la pension a été octroyée le 30 juin 2009 ou avant, le montant de la pension accordée est payé à hauteur de 80%.

Modalités d'accès

Pour bénéficier d'une pension de vieillesse, le retraité doit déposer auprès de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA), une demande de pension accompagnée de son livret de travail et de tous autres justificatifs de sa durée d'affiliation en tant que salarié.

Chapitre VII : Prestations en faveur des survivants

Ouverture des droits

Pension de survivant

Peuvent bénéficier d'une pension de survivant les membres de la famille du cotisant décédé qui, inaptes au travail, étaient à sa charge. La pension de survivant est attribuée aux enfants du cotisant décédé, qu'ils fussent ou non à sa charge.

Sont considérés comme membres de famille inaptes au travail:

- les enfants âgés de moins de 18 ans ainsi que les enfants majeurs atteints d'un handicap avant l'âge de 18 ans;
- les frères, les sœurs et les petits enfants âgés de moins de 18 ans, s'ils n'ont pas de parents aptes au travail, ou si, majeurs, ils ont été atteints d'un handicap avant l'âge de 18 ans.

Les personnes susmentionnées âgées de 18 à 24 ans ont le droit à une pension de survivant si elles sont étudiants à temps plein.

Les enfants adoptés ont les mêmes droits à la pension de survivant que les enfants de sang.

Allocation de décès

L'allocation pour frais funéraires est attribuée:

- aux membres de la famille de l'assuré, ou à la personne qui s'est réellement chargé des funérailles de l'assuré;
- aux membres de la famille du chômeur décédé, ou à la personne qui s'est réellement chargé des funérailles du chômeur si celui-ci bénéficiait d'une allocation de chômage ou s'il avait payé des cotisations pendant pas moins de 12 mois sur les 36 mois précédant son inscription en tant que chômeur ;
- à l'assuré en cas de décès d'un membre de sa famille qui est à sa charge;
- à la famille du bénéficiaire de la prestation nationale de sécurité sociale ou de la Pension de l'Etat ou à la personne qui s'est réellement chargé des funérailles.

Une allocation pour frais funéraires est attribuée également lorsque le décès de l'assuré ou d'un membre de sa famille a eu lieu dans un délai d'un mois après l'expiration de la période de cotisations d'assurance sociale.

Couverture de l'assurance

Pension de survivant

Le montant de la pension de survivant est calculé en tenant compte du montant de la pension de vieillesse prévisionnelle du soutien de famille décédé, qui ne peut pas être inférieur à 65% de la prestation nationale de sécurité sociale pour chaque enfant. La pension de survivant pour les enfants orphelins est calculée à partir de la pension de vieillesse prévisionnelle de la personne décédée:

- pour un enfant: 50% de la pension;
- pour deux enfants: 75% de la pension;
- pour trois enfants ou plus: 90% de la pension.

La pension de survivant est attribuée à partir du jour du décès du soutien de la famille si les justificatifs sont fournis dans les 12 mois suivant le décès du soutien de famille.

Allocation de décès

Le montant de l'allocation pour frais funéraires en cas de décès de l'assuré correspond au double du salaire mensuel moyen de référence de l'assuré. Si la personne décédée était chômeur, le montant de cette allocation correspond au triple de la prestation nationale mensuelle de sécurité sociale au jour de son décès. Si la personne décédée était un membre de la famille à charge de l'assuré, le montant de l'allocation correspond au triple de la prestation nationale mensuelle de sécurité sociale au jour de son décès. Si la personne décédée était bénéficiaire d'une pension de l'Etat, l'allocation pour frais funéraires représente deux mois de pension. Le conjoint de la personne décédée qui était bénéficiaire de la pension de l'Etat a également droit à une allocation extraordinaire correspondant à deux mois de pension que recevait la personne décédée à condition qu'il/elle soit bénéficiaire de la pension de vieillesse, d'invalidité ou de service. Si la personne décédée était bénéficiaire de la prestation nationale de sécurité sociale, le montant de l'allocation décès correspond au double de la prestation nationale mensuelle de sécurité sociale.

Modalités d'accès

Pension de survivant

Pour bénéficier de la pension de survivant, l'ayant droit doit déposer dans n'importe quel bureau de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA), sur présentation de sa pièce d'identité:

- une demande de pension;
- l'acte de décès;
- l'acte de naissance des enfants (s'il y a lieu);
- les pièces justificatives de l'ancienneté du défunt;
- les pièces justificatives des liens de filiation;
- les pièces justificatives de l'invalidité de l'enfant (s'il y a lieu);
- les pièces justificatives de la prise en charge par le défunt;
- l'attestation de l'établissement scolaire certifiant que l'enfant a atteint l'âge de 18 ans.

Allocation de décès

Pour bénéficier de l'allocation pour frais funéraires, l'ayant droit doit déposer auprès de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA) une demande d'allocation.

Si le décès survient à la suite d'un [accident du travail](#) ou d'une [maladie professionnelle](#), l'ayant droit doit également fournir un justificatif de l'accident de travail ou la conclusion du médecin expert constatant une maladie professionnelle.

La demande et les documents peuvent être déposés dans n'importe quel bureau de VSAA, sur présentation d'une pièce d'identité. Les demandes peuvent également être envoyées par la poste à un bureau de VSAA ou soumises par voie électronique. La demande d'allocation pour frais funéraires peut être déposée dans un délai de 12 mois à partir du jour du décès.

Chapitre VIII: Prestations pour accidents du travail et maladies professionnelles

Ouverture des droits

Peuvent bénéficier de ces prestations l'assuré qui se trouve en incapacité de travail temporaire ou les membres de la famille de l'assuré qui décède à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Pour bénéficier de la prestation de maladie professionnelle, la personne doit être assurée contre les accidents de travail et les maladies professionnelles depuis au moins trois ans.

Si la personne assurée décède à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, les membres de sa famille ont droit à une [indemnité pour la perte du soutien de la famille](#) et aux [allocations pour frais funéraires](#).

Couverture de l'assurance

Il existe différents types de prestations:

- indemnité de maladie;
- indemnité d'incapacité de travail (compensation pour la perte de capacité de travail, si la perte de capacité de travail n'est pas inférieure à 25%);
- indemnité pour dépenses supplémentaires (dépenses de santé et de rééducation, soins personnels, achat et réparation des moyens techniques auxiliaires, frais de voyage, visites médicales).

Le montant de l'indemnité de maladie et de l'indemnité d'incapacité de travail dépend du salaire moyen de référence de l'assuré, calculé sur la période des douze derniers mois, dont sont exclus les deux mois précédant le mois pendant lequel s'est produit l'accident du travail ou a été constatée la maladie professionnelle.

Le montant total de l'indemnité pour dépenses supplémentaires par cas d'assurance ne doit pas dépasser vingt-cinq fois le montant de la prestation nationale de sécurité sociale.

Indemnités journalières de maladie

L'indemnité de maladie s'élève à 80% du salaire moyen de référence en cas d'accident du travail – à partir du 11^e jour en cas d'incapacité de travail (à partir du premier jour jusqu'au 10^e jour calendaire l'indemnité de maladie est payée par l'employeur), à partir du premier jour en cas de maladie professionnelle.

De façon temporaire, entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014, la partie de la prestation qui dépasse le montant de LVL 11,51 (€ 16) par jour est versée à un taux réduit de moitié.

Indemnité d'incapacité de travail

Le montant des indemnités versées au titre de l'incapacité de travail est calculé en fonction du taux de perte de la capacité de travail et du salaire moyen pris en compte pour l'assurance.

Modalités d'accès

Pour bénéficier de ces indemnités, l'assuré doit déposer auprès de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA), une demande d'indemnité ainsi que l'acte constatant l'accident du travail ou la conclusion de la Commission d'experts médicaux pour la Santé et la Capacité de travail (VDEAVK).

Documents complémentaires à fournir pour bénéficier d'indemnités et d'allocations spécifiques:

- indemnité de maladie: certificat d'incapacité de travail (bulletin);
- indemnité d'incapacité de travail : extrait de l'acte de VDEAVK sur le taux d'incapacité de travail;
- indemnité pour dépenses supplémentaires: pièces justifiant la nécessité et le montant des dépenses supplémentaires;
- indemnité pour la perte du soutien de la famille: pièce justificative fournie par l'établissement médical attestant que le décès est dû à l'accident du travail ou la maladie professionnelle, pièces justificatives des liens de filiation, de l'incapacité de travail ou de la prise en charge.

Ces documents peuvent être déposés dans n'importe quel bureau de VSAA, sur présentation d'une pièce d'identité.

Indemnité pour la perte du soutien de la famille

En cas de décès de l'assuré en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une indemnité pour la perte du soutien de la famille est accordée aux membres de sa famille incapables de travailler qui ont été partiellement ou totalement pris en charge par la personne décédée. Le montant de l'indemnité pour la perte du soutien de la famille est calculé proportionnellement au salaire moyen cotisable de la personne décédée.

L'indemnité pour la perte du soutien de la famille est versée aux enfants du défunt jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 18 ans ou de 24 ans s'ils étudient à temps plein dans un établissement d'enseignement secondaire ou supérieur. Si les enfants du soutien de la famille décédé sont devenus handicapés avant l'âge de 18 ans, ils ont le droit de recevoir l'indemnité indépendamment de leur âge.

Chapitre IX: Prestations familiales

Ouverture des droits

Peuvent bénéficier des allocations familiales les citoyens lettons, les non citoyens, les étrangers et les personnes apatrides auxquels un numéro personnel d'identification a été accordé et qui résident de façon permanente en Lettonie.

Des conditions d'ouverture des droits spécifiques sont applicables pour les différentes prestations familiales (voir ci-dessous «Couverture de l'assurance»).

Couverture de l'assurance

Allocation de naissance

L'allocation de naissance est attribuée à l'un des parents de l'enfant ou à la personne qui a la garde légale de l'enfant avant l'âge d'un an. Le droit à l'allocation de naissance court à partir du huitième jour de la vie de l'enfant ou de son adoption ou de l'instauration de la garde.

L'allocation de naissance est un montant fixe. Le montant de l'allocation de naissance est fixé à LVL 296 (€ 422).

L'allocation de garde d'enfant

L'allocation de garde d'enfant est attribuée à la personne qui s'occupe de l'enfant jusqu'à l'âge de deux ans.

L'allocation de garde d'enfant n'est pas attribuée pour un enfant dont la naissance ouvre le droit à une indemnité de maternité ou une indemnité parentale durant la même période.

Le montant de l'allocation est établi comme suit:

- pour un parent (mère ou père) non salarié, jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge d'un an: le montant mensuel de l'allocation est fixé à LVL 100 (€ 142);
- pour un parent ayant un enfant à charge qui est âgé d'un an et demi: LVL 100 (€ 142) par mois;
- pour un parent dont l'enfant à charge est âgé d'un an et demi à deux ans: le montant mensuel de l'allocation est fixé à LVL 30 (€ 43);

Si l'allocation de garde d'enfant ou l'indemnité parentale est attribuée pour une naissance multiple (jumeaux ou plus), un supplément d'allocation est attribué pour chaque enfant supplémentaire. Il est de LVL 100 (€ 142) par mois jusqu'à l'âge d'un an et demi puis de LVL 30 (€ 43) par mois jusqu'aux deux ans de l'enfant.

Allocation de prise en charge d'un enfant handicapé

L'allocation de prise en charge d'un enfant handicapé est attribuée à la personne qui a à charge un enfant dont l'invalidité a été reconnue par la Commission d'experts

médicaux pour la Santé et la Capacité de travail (VDEAVK), laquelle a délivré une attestation certifiant la nécessité d'une prise en charge spécifique pour cause de graves difficultés physiques et fonctionnelles.

Le droit à cette allocation est ouvert dès que la Commission d'experts médicaux pour la Santé et la Capacité de travail (VDEAVK) délivre une attestation certifiant la nécessité d'une prise en charge spécifique de l'enfant. Le versement de cette allocation s'arrête à la fin de la période d'invalidité et de prise en charge spécifique déterminée, ou lorsque l'enfant atteint l'âge de 18 ans. Le montant mensuel de l'allocation de prise en charge d'un enfant handicapé est fixé à LVL 150 (€ 214).

Allocation familiale

L'allocation familiale est attribuée à toute personne (l'un des parents, le tuteur ou le tuteur réel) qui élève un enfant:

- âgé de un à 15 ans;
- âgé de plus de 15 ans, mais qui poursuit une formation générale ou professionnelle et est célibataire. Dans ce cas, l'allocation est attribuée pendant le temps de la formation de l'enfant, jusqu'à ses 19 ans ou jusqu'à son mariage.

Le montant mensuel de l'allocation est fixé à LVL 8,00 (€ 11). Il n'y a pas de variation en fonction du nombre d'enfants ni en fonction du revenu. L'allocation n'est pas payée pour un enfant qui est placé en établissements de soins.

Si l'allocation familiale est accordée pour un enfant handicapé qui n'a pas atteint 18 ans, un complément d'allocation forfaitaire sera payé à raison de LVL 75 (€ 107). Le droit à ce complément d'allocation pour une personne élevant un enfant handicapé doit rester ouvert indépendamment du versement de l'allocation familiale jusqu'à ce que l'enfant handicapé atteigne 18 ans.

Il existe d'autres allocations visant à aider les personnes qui adoptent ou accueillent ou s'occupent d'enfants d'une autre façon (par exemple, les tuteurs). Pour de plus amples renseignements, veuillez vous référer aux [tableaux du MISSOC](#).

Modalités d'accès

Les demandes doivent être adressées à l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA) personnellement, par la poste ou par voie électronique.

Chapitre X: Chômage

Ouverture des droits

Pour bénéficier de l'allocation de chômage, le demandeur doit s'inscrire en tant que chômeur auprès de l'Agence nationale pour l'emploi (NVA); il doit avoir été affilié à l'assurance sociale depuis au moins un an et avoir cotisé pendant au moins neuf mois durant les 12 derniers mois.

Peuvent également bénéficier de l'allocation de chômage les chômeurs pour qui les cotisations de chômage n'ont pas été versées ou ont été versées moins de neuf mois au cours des 12 mois précédant leur inscription en tant que chômeurs mais qui, pendant cette période, ont été reconnus comme aptes au travail après une période d'incapacité ou qui ont eu à charge un enfant handicapé âgé de moins de 16 ans. Dans ces cas, l'allocation de chômage peut être attribuée à la seule condition que le demandeur d'emploi se soit inscrit auprès de l'Agence nationale pour l'emploi (NVA) dans le mois suivant son rétablissement ou après que l'enfant handicapé a atteint l'âge de 16 ans (ou le jour du décès de l'enfant n'ayant atteint cet âge).

Couverture de l'assurance

Le montant de l'allocation de chômage est calculé sur la base du salaire qui a servi de base au calcul des cotisations sociales. Le montant de l'allocation varie selon la durée d'affiliation:

- pour une durée d'affiliation de 1 à 9 ans (inclus): 50% du montant du salaire moyen de référence;
- pour une durée d'affiliation de 10 à 19 ans (inclus): 55% du montant du salaire moyen de référence;
- pour une durée d'affiliation de 20 à 29 ans (inclus): 60% du montant du salaire moyen de référence;
- pour une durée d'affiliation supérieure à 30 ans: 65% du montant du salaire moyen de référence.

Ces taux (les "allocations fixées") ne sont accordés dans leur intégralité qu'au cours des premiers mois de chômage; si le chômage dure plus longtemps, ils sont diminués:

- les 3 premiers mois de chômage: 100% des allocations fixées,
- du 4^{ème} au 6^{ème} mois de chômage: 75% des allocations fixées,
- du 7^{ème} -9^{ème} mois de chômage: 50% des allocations fixées.

La durée maximale de versement de l'allocation de chômage est de 9 mois.

De plus, entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014, la partie de l'allocation dépassant LVL 11,51 (€ 16) par jour est payée à un taux réduit de moitié.

Modalités d'accès

Pour bénéficier de l'allocation de chômage après l'inscription en tant que chômeur auprès de l'Agence nationale pour l'emploi (*NVA*), le chômeur doit déposer auprès de l'Agence nationale d'assurances sociales (*VSAA*) une demande d'allocation de chômage et des documents justifiant de la durée de sa durée d'affiliation (livret de travail, certificats, contrats de travail et justificatifs de la fin du contrat de travail), si l'Agence nationale d'assurances sociales n'a pas les informations concernant le dossier d'assurance de la personne.

Si la demande est déposée par une personne qui, avant de bénéficier du statut de chômeur, avait à charge un enfant handicapé âgé de moins de 16 ans ou si le demandeur est devenu apte au travail après une période d'incapacité, la Commission d'experts médicaux pour la Santé et la Capacité de travail (*VDEAVK*) atteste du handicap de l'enfant ou de la période d'incapacité de la personne en envoyant des informations complémentaires à l'Agence nationale d'assurances sociales.

La demande d'allocation doit être déposée auprès de n'importe quel bureau de l'Agence nationale d'assurances sociales (*VSAA*) personnellement, par la poste ou par voie électronique.

Chapitre XI : Garantie de ressources

Ouverture des droits

Allocation de revenu minimum garanti

Le dispositif vise à assurer un niveau minimum de revenu à chaque personne ou ménage dans le besoin. Une personne (ou une famille) est reconnue comme étant dans le besoin si le revenu (par membre de famille) au cours des trois derniers mois ne dépasse pas LVL 90 (€ 128) et si la personne ou la famille remplit les conditions de ressources.

Peuvent prétendre à ces prestations:

- les citoyens lettons;
- les apatrides et les ressortissants étrangers auxquels un numéro personnel d'identification a été attribué, à l'exception des personnes qui ont reçu un permis de résidence temporaire;
- les réfugiés et les personnes auxquelles un statut alternatif (de protection subsidiaire) a été accordé, ainsi que les membres de leur famille.

Il n'y a aucune condition de nationalité ou d'âge mais il est nécessaire de résider de manière permanente sur le territoire administratif de la municipalité respective.

Prestation nationale de sécurité sociale

La prestation nationale de sécurité sociale est attribuée à toute personne qui, n'ayant pas droit à une pension d'État (à l'exception de la pension de survivant pour les handicapés) ni aux indemnités d'assurance à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, répond aux conditions suivantes:

- n'est pas salariée et a dépassé de cinq ans l'âge de la retraite. Cette allocation est attribuée à vie;
- est handicapée et est âgée de plus de 18 ans. Cette allocation est attribuée pendant sa période d'invalidité;
- n'est pas majeure, a perdu un parent ou ses deux parents et est célibataire. Dans ce cas, l'allocation est attribuée jusqu'à sa majorité. Après sa majorité, l'allocataire continue à percevoir l'allocation jusqu'à l'âge de 20 ans s'il poursuit une formation générale ou professionnelle, ou jusqu'à l'âge de 24 ans s'il poursuit des études à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur.

Allocation pour frais de transport des personnes handicapées à mobilité réduite (aide à la mobilité)

Cette allocation est attribuée à la personne invalide elle-même ou ayant à charge des enfants invalides, sur présentation d'un certificat médical attestant de la nécessité d'acquérir un véhicule spécialement adapté et de bénéficier de cette aide à la mobilité. Les personnes invalides ont le droit de percevoir cette allocation à partir du jour de délivrance du certificat par la Commission d'experts médicaux pour la Santé et la Capacité de travail (VDEAVK).

Couverture de l'assurance

Allocation de revenu minimum garanti

L'allocation de revenu minimum garanti (*Pabalsts garantētā minimālā ienākuma līmeņa nodrošināšanai*) est établie en calculant la différence entre le montant fixé par le cabinet des ministres [LVL 35 (€ 50) = niveau RMG] et le revenu de la personne ou du ménage.

L'allocation de revenu minimum garanti est accordée pour une période de 3 à 6 mois, renouvelable.

Il existe une allocation de logement à part, accordée par la municipalité. Son montant varie d'une municipalité à l'autre, en fonction des ressources disponibles. Si la personne a le statut de «personne dans le besoin» et qu'elle fait la demande d'un logement social, elle peut louer un appartement au titre de logement social à loyer modéré et à charges (eaux, gaz, électricité...) réduites.

Prestation nationale de sécurité sociale

Le montant mensuel de la prestation nationale de sécurité sociale est fixe. Actuellement, ce montant est de LVL 45 (€ 64) par mois sauf pour une invalidité reconnue depuis l'enfance. Dans ce cas, le montant de l'allocation est porté à LVL 75 (€ 107) par mois.

Allocation pour frais de transport des personnes handicapées à mobilité réduite (aide à la mobilité)

Cette allocation est versée tous les semestres à dater du jour où elle est attribuée. Le versement de l'allocation se termine à la fin de la période d'invalidité définie. L'allocation de mobilité a un montant fixe. Ce montant s'élève à LVL 56 (€ 80) par semestre.

Modalités d'accès

Allocation de revenu minimum garanti

L'office social municipal (*pašvaldības sociālais dienests*) évalue si une personne ou une famille est dans le besoin. Pour permettre à l'office social municipal d'évaluer les revenus et ressources matérielles d'une personne ou d'un ménage, le demandeur doit soumettre une déclaration des moyens de subsistance et – si les informations nécessaires ne sont pas disponibles dans le registre des données du gouvernement local ou de l'État – les déclarations de revenus.

La décision de l'office social municipal peut être contestée dans un conseil de gouvernement local. Une famille (une personne) peut contester auprès du tribunal la décision prise par le conseil des autorités locales conformément aux procédures prévues dans la loi de procédure administrative.

Prestation nationale de sécurité sociale

Pour bénéficier de la prestation nationale de sécurité sociale, le demandeur doit déposer une demande, dans n'importe quel bureau de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA) (personnellement, par la poste ou par voie électronique).

Allocation pour frais de transport des personnes handicapées à mobilité réduite (aide à la mobilité)

Pour bénéficier de l'allocation pour frais de transport de personnes handicapées à mobilité réduite, le demandeur doit déposer une demande, dans n'importe quel bureau de l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA) (personnellement, par la poste ou par voie électronique).

Chapitre XII : Soins de longue durée

Ouverture des droits

Peuvent prétendre à ces prestations:

- les citoyens lettons;
- les apatrides et les ressortissants étrangers auxquels un numéro d'identité personnel a été attribué (à l'exception des personnes qui ont reçu un permis de résidence temporaire).

Une aide peut être fournie dans le cas où une personne est incapable de prendre soin d'elle-même et d'accomplir les actes de la vie quotidienne en raison de son âge, et de problèmes de santé, et dans le cas d'orphelins et d'enfants privés de soins parentaux. Peuvent également prétendre à cette aide les personnes âgées et les enfants ou adultes handicapés souffrant de troubles mentaux ou physiques (si leur entourage familial ne peut pas leur fournir les soins nécessaires) en raison de leur âge ou de problèmes de santé. Il en va de même pour les enfants privés de soins parentaux s'ils ne peuvent pas rester dans leur propre famille et qu'il n'est pas possible de trouver une famille d'accueil. Les patients présentant l'un des diagnostics définis peuvent bénéficier de soins à domicile.

Couverture de l'assurance

Les soins de longue durée sont fournis en fonction des besoins et moyens individuels d'une personne (l'évaluation est effectuée par un travailleur social). Les services aux personnes ayant besoin de soins de longue durée sont fournis sur le lieu de résidence ou le plus près possible de leur lieu de résidence (soins à domicile, soins avec hébergement partiel).

Si une personne a besoin de services particuliers, l'aide sociale est dispensée par des institutions de soins sociaux au long cours.

Il existe trois niveaux de soins:

- soins à domicile: aide à domicile prodiguée par une personne formée ou une autre personne en vue d'accomplir les travaux ménagers et de livrer des repas gratuits. Si cette aide à domicile est dispensée par des membres de la famille, la municipalité peut les soutenir au travers de la formation et de conseils et, au besoin, en leur fournissant des prestations en espèces.
- soins avec hébergement partiel en centre: ces soins sont prévus pour différents groupes englobant les personnes âgées, les personnes handicapées présentant des troubles physiques, les personnes souffrant de troubles mentaux, les personnes en convalescence suite à une maladie grave et de longue durée. En accord avec les établissements de soins, les municipalités fixent le nombre d'heures que l'ayant-droit peut passer dans l'établissement et dans un quelconque service spécialisé.
- soins en établissement: des soins à plein temps sont administrés par des institutions de soins sociaux pour: les orphelins et les enfants privés de soins parentaux; les personnes ayant l'âge de la retraite et les personnes handicapées

avec des troubles physiques ou les aveugles; les enfants présentant de graves troubles mentaux, et les adultes présentant de graves troubles mentaux.

La municipalité peut accorder des prestations supplémentaires, y compris des prestations en espèces. Le montant et les conditions de ces prestations en espèces dépendent de la municipalité et de ses règlements internes.

Modalités d'accès

Les demandes doivent être adressées aux services sociaux de la municipalité.

Annexe: Adresses des institutions et sites internet utiles

De plus amples informations sur les conditions d'ouverture des droits et les prestations individuelles de sécurité sociale en Lettonie sont disponibles auprès des organismes publics gérant le système de protection sociale.

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>.

Les demandes de renseignements concernant l'incidence des périodes d'assurance accomplies dans plusieurs États membres sur les pensions et autres prestations doivent être adressées à:

Ministère de la protection sociale:

Labklājības Ministrija

28 Rue Skolas

Riga, LV-1331

<http://www.lm.gov.lv>

Tél.: + 371 6702 16 00

Fax: +371 6727 64 45

e-mail: lm@lm.gov.lv

Agence nationale d'assurances sociales:

Valsts Sociālās Apdrošināšanas Aģentūra

70a Rue Lačplesa

Riga, LV-1011

<http://www.vsaa.lv>

Tél.: +371 6701 18 38

Fax: +371 6701 18 13

e-mail: vsaa@vsaa.lv

Agence nationale d'intégration sociale

Sociālās Integrācijas Valsts Aģentūra

71 Dubultu avenue

JURMALA, LV-2015

<http://www.siva.gov.lv>

Service national de l'impôt

Valsts Ieņēmumu Dienests

1 Rue Smilšu

Riga, LV-1978

<http://www.vid.gov.lv>

Tél.: +371 6702 87 03

Fax: +371 6702 87 04

e-mail: vid@vid.gov.lv

Agence nationale pour l'emploi
Nodarbinātības Valsts Aģentūra
38 Rue Kr.Valdemara
Riga, LV-1010
<http://www.nva.lv>
Tél.: +371 6702 17 06
Tél. gratuit: 8007700
Fax: +371 6702 18 06
e-mail: nva@nva.gov.lv

Ministère de la santé
Veselības Ministrija
72 Rue Brīvības
Riga, LV-1011
<http://www.vm.gov.lv>
Tél.: +371 787 60 00
Fax: +371 787 60 02

Service National de Santé
Nacionālais veselības dienests
31 Rue Cēsu
Riga, LV-1012
<http://www.vmnvd.gov.lv>

Commission d'experts médicaux pour la Santé et la Capacité de travail (VDEAVK):
chargée d'expertiser les cas d'invalidité.

53 Rue Ventspils
RIGA, LV-1002
Tél.: +371 6761 48 85
Fax: +371 6760 29 82
e-mail: vdeavk@vdeavk.gov.lv
<http://www.vdeavk.gov.lv>