



Vos droits en matière de sécurité sociale en Lituanie



Commission européenne

Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion

Direction D: Droits sociaux et inclusion

Unité D.2: Protection sociale

Contact: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=2&langId=fr&acronym=contact>

Commission européenne

B-1049 Bruxelles

Vos droits en matière de sécurité sociale en Lituanie

Manuscrit achevé en juillet 2023

Ce document ne peut être considéré comme constituant une prise de position officielle de la Commission européenne.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2023

© Union européenne, 2023



La politique de réutilisation des documents de la Commission européenne est mise en œuvre sur la base de la décision 2011/833/UE de la Commission du 12 décembre 2011 relative à la réutilisation des documents de la Commission (JO L 330 du 14.12.2011, p. 39). Sauf mention contraire, la réutilisation du présent document est autorisée dans le cadre d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Cela signifie que la réutilisation est autorisée moyennant citation appropriée de la source et indication de toute modification.

Pour toute utilisation ou reproduction d'éléments qui ne sont pas la propriété de l'Union européenne, il peut être nécessaire de demander l'autorisation directement auprès des titulaires de droits respectifs.

À un moment donné de votre vie, vous devrez peut-être dépendre d'une allocation de sécurité sociale. Les ressortissants qui vivent dans leur propre pays et qui remplissent les conditions requises ont droit à ces allocations, mais vous avez également le droit de les demander si vous êtes originaire d'un pays de l'UE et vivez dans un autre. Lisez la suite pour savoir dans quelles circonstances vous pouvez en bénéficier, à quoi vous avez droit et comment le demander.

Table des matières

FAMILLE	6
Prestations familiales	7
Prestation de maternité et de paternité	11
SANTÉ	14
Assurance maladie.....	15
Indemnités de maladie.....	18
Soins de longue durée.....	20
INCAPACITÉ.....	23
Pension d'invalidité	24
Prestations pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.....	25
VIEILLESSE ET DÉCÈS.....	28
Pension de retraite	29
Prestations en faveur du conjoint survivant	30
AIDE SOCIALE	33
L'aide sociale en espèces pour les personnes démunies	34
CHÔMAGE	38
Indemnités de chômage	39
S'INSTALLER À L'ÉTRANGER	43
Coordination avec le régime de sécurité sociale précédent	44
RÉSIDENCE PRINCIPALE.....	47
Résidence habituelle	48

Famille

Prestations familiales

Ce chapitre contient des informations utiles concernant l'allocation de tutelle (curatelle), le supplément d'allocation de tutelle (curatelle) ciblée, l'allocation familiale forfaitaire, l'allocation de naissance, l'allocation forfaitaire d'installation, l'allocation familiale pour l'enfant d'un militaire appelé au service militaire primaire obligatoire, l'allocation forfaitaire pour femme enceinte, l'allocation familiale pour les personnes en formation ou effectuant des études, l'allocation pour naissance multiple, l'allocation de garde temporaire d'un enfant, l'allocation d'adoption et les procédures de calcul et d'octroi de ces versements.

Loi de la République de Lituanie relative aux allocations familiales du 3 novembre 1994 (N° I-621).

Quelles sont les conditions à remplir?

Vous pouvez prétendre à ces prestations si :

- vous êtes un résident habituel de Lituanie ;
- vous êtes un ressortissant étranger détenteur d'un permis de séjour de longue durée de Lituanie dans l'Union européenne ;
- vous êtes une personne de nationalité étrangère résidant en Lituanie et la garde d'un enfant (citoyen lituanien) vous a été confiée (famille d'accueil) conformément aux modalités fixées par la loi ;
- pour les enfants de nationalité étrangère résidant en Lituanie, s'ils sont placés sous tutelle en Lituanie ou si l'exécution de leur garde est prise en charge par une institution lituanienne ;
- vous êtes un ressortissant étranger ayant l'autorisation temporaire de résider en Lituanie aux fins d'un emploi hautement qualifié ;
- vous êtes un ressortissant étranger ayant l'autorisation temporaire de résider en Lituanie, vous travaillez ou vous avez travaillé pendant au moins 6 mois et vous êtes inscrit en tant que chômeur, à moins que vous soyez un ressortissant étranger ayant été admis uniquement pour faire ses études ;
- vous avez la nationalité d'un État membre de l'UE ou d'un pays de l'EEE avec un droit de résidence ou un membre de votre famille a une autorisation de résider en Lituanie. Les membres de la famille doivent également avoir vécu pendant au moins trois mois en Lituanie. Cette exigence supplémentaire ne s'applique pas si vous-même ou un membre de votre famille êtes ressortissant de l'un des pays susmentionnés et travaillez en Lituanie ;
- vous êtes un ressortissant étranger ayant l'autorisation temporaire de séjourner en Lituanie dans le cadre d'un transfert interne au sein de votre entreprise pendant au moins 9 mois ;
- vous êtes un ressortissant étranger et avez obtenu l'asile et une protection temporaire en Lituanie ;
- vous êtes une personne à laquelle s'applique la loi lituanienne sur les allocations familiales en vertu de la réglementation de l'Union européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;
- vous-mêmes et les membres de votre famille êtes ressortissants d'Australie, du Japon, du Royaume-Uni, des États-Unis d'Amérique, du Canada, de Nouvelle-Zélande ou de Corée du Sud et êtes titulaires de permis de séjour temporaires de trois mois au moins en Lituanie. Cette exigence n'est pas d'application si vous êtes un ressortissant de l'un des pays susmentionnés et que vous travaillez (en tant que salarié ou indépendant) en Lituanie.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

Allocation forfaitaire pour femme enceinte

Une femme enceinte qui n'a pas droit à l'allocation de femme enceinte dans le cadre de la législation sur la maladie et la maternité de l'assurance sociale a droit à une allocation forfaitaire égale à 6,43 fois la prestation sociale de base (PSB) (315,07 EUR), 70 jours avant la date prévue de l'accouchement.

L'allocation de naissance forfaitaire est attribuée et versée pour chaque enfant né ou adopté, même si l'allocation de naissance a déjà été attribuée auparavant. Cette allocation s'élève à 11 fois la PSB pour chaque enfant (539 EUR).

L'allocation forfaitaire de naissance est versée à l'un ou l'autre des deux parents de l'enfant, aux parents seuls, adoptifs ou aux tuteurs.

Allocation pour naissances multiples

En cas de naissances multiples, vous percevrez une allocation spéciale. Si ce sont des jumeaux, le montant mensuel s'élève à quatre fois la PSB (196 EUR) et le même montant est versé pour chaque enfant qui naît.

L'allocation est versée à partir de la naissance jusqu'à l'âge de deux ans.

Les **allocations familiales** sont attribuées comme suit

Pour chaque enfant, de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans, voire 23 ans s'il suit un programme d'enseignement général, quel que soit le revenu familial. La prestation par enfant s'élève à 1,75 fois la PSB (85,75 EUR).

Les familles à faible revenu élevant et/ou accueillant un ou deux enfants et dont le revenu par personne est inférieur à 2 fois le revenu subventionné par l'État (258 EUR), les familles élevant et/ou accueillant trois enfants ou davantage ou des enfants handicapés, ont droit une allocation familiale supplémentaire de 1,03 fois la PSB (50,47 EUR) par enfant.

Allocation familiale pour personne suivant une formation ou poursuivant des études

- lorsque l'un des parents ou parents adoptifs de l'enfant, ou son tuteur, suit un programme formel de formation professionnelle, ou des études à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur, ou est un étudiant doctorant ou médical en résidence, il a droit à une allocation mensuelle de 6 PSB (294 EUR) pendant sa période de formation ou d'études et pendant 12 mois à l'issue de celle-ci. cette allocation est versée depuis la naissance de l'enfant jusqu'à son deuxième anniversaire.
- L'allocation familiale n'est pas accordée aux personnes suivant un enseignement ou une formation lorsque l'autre parent (parent adoptif) ou tuteur de l'enfant reçoit une allocation familiale pour le même enfant.

Allocation de tutelle (curatelle) et complément ciblé d'allocation de tutelle

- pour des enfants de moins de 6 ans: 5,2 PSB (254,80 EUR);
- pour des enfants de 6 à 12 ans: 6 PSB (294 EUR) ;
- pour des enfants de 12 à 18 ans et des enfants souffrant d'un handicap: 6,5 PSB (318,50 EUR) ;
- pour les enfants de moins de 24 ans poursuivant des études: 6,5 PSB (318,50 EUR).

Un enfant qui continue ses études selon le programme de l'enseignement général et/ou le programme de formation professionnelle et qui bénéficie, au cours d'une année scolaire, d'un hébergement de nuit, de repas et d'autres services dans une école de l'enseignement général ou un établissement de formation professionnelle ou un centre de socialisation pour les enfants, est en droit de recevoir une allocation mensuelle de tutelle (curatelle) de :

- 127,40 EUR s'il a moins de 6 ans ;
- 147 EUR s'il est âgé de 6 à 12 ans ;
- 159,25 EUR s'il est âgé de 12 à 18 ans, s'il a un handicap ou s'il a moins de 24 ans et poursuit des études.

Pour chaque enfant placé sous tutelle dans une famille, une famille sociale ou un centre d'accueil, un complément de tutelle ciblé sera versé correspondant à 4 fois la prestation sociale de base (168 EUR) par famille.

Si, à l'échéance de la tutelle de l'enfant parce que celui-ci atteint l'âge adulte, est émancipé ou se marie, la personne continue de bénéficier d'un hébergement de nuit, de repas et d'autres services dans la famille, la famille sociale ou le centre d'accueil et qu'elle poursuit des études dans le cadre d'un programme d'enseignement général, elle peut recevoir un complément mensuel ciblé de tutelle (curatelle) correspondant à 4 fois la PSB (196 EUR) allouée et versée à la famille, la famille sociale ou le centre d'accueil.

Allocation forfaitaire d'installation

Lorsque le placement en famille d'accueil vient à échéance parce que l'enfant devient majeur, est émancipé ou contracte un mariage, la personne perçoit une allocation forfaitaire d'installation de 75 PSB (3 675 EUR) pour acquérir un logement ou rembourser une partie d'un prêt pour l'acquisition ou la construction d'un logement (maison d'habitation ou appartement), pour payer les charges d'un logement loué ou en propriété, pour réparer ou rénover un logement, pour acheter des fournitures et des appareils ménagers, ou pour acheter un PC, payer des frais de scolarité ou acheter une parcelle de terrain.

Toutes les prestations, excepté l'allocation de tutelle (curatelle), sont versées par l'administration de la commune où habite la personne.

L'allocation et le complément d'allocation de tutelle (curatelle) sont payés au tuteur de l'enfant par l'administration de la commune dans laquelle la garde a été attribuée, ou après le 1er janvier 2007, par l'administration du foyer spécialisé désigné par le responsable de l'autorité locale.

L'allocation de tutelle (curatelle) attribuée aux personnes majeures qui suivent des études dans des établissements d'enseignement général ou professionnel, ou dans des écoles supérieures, est versée par l'administration de la commune dans laquelle se trouve l'établissement. Si la personne est officiellement résidente en Lituanie, mais qu'elle suit des études dans des établissements d'enseignement général ou professionnel, ou dans des écoles supérieures à l'étranger, l'allocation de tutelle (curatelle) est attribuée et payée par l'administration de la commune dans laquelle la personne a déclaré sa résidence.

Allocation d'enfant d'un militaire accomplissant le service militaire primaire obligatoire

Chaque enfant d'une personne faisant son service militaire obligatoire recevra une allocation mensuelle égale à 1,5 fois la PSB (73,50 EUR).

Si le père et la mère effectuent le service militaire primaire obligatoire en même temps, le montant de l'allocation d'enfant d'un militaire accomplissant le service militaire primaire obligatoire n'est pas majoré.

Allocation d'adoption d'enfant

En cas d'adoption, l'un des parents adoptifs a droit à une allocation mensuelle de 8 PSB (392 EUR) qui est versée pendant 24 mois et au maximum jusqu'au 18^e anniversaire de l'enfant, sauf dans les cas où les parents ont droit à une allocation familiale égale ou supérieure à l'allocation d'adoption de l'enfant.

Si le montant de l'allocation familiale est inférieur à l'allocation d'adoption d'enfant, ce montant est ajusté de manière à couvrir la différence entre les deux prestations.

L'allocation d'adoption pour enfants n'est pas payée lorsque :

- l'un des parents adoptifs de l'enfant a droit à l'allocation familiale versée pour le même enfant adopté en vertu de la loi sur l'assurance maladie et maternité de la République de Lituanie ;
- un enfant est adopté par un nouveau conjoint ou le partenaire du parent de l'enfant.

L'allocation d'adoption est accordée et payée à partir du jour où une personne a droit à l'allocation et au plus tôt 12 mois avant la soumission à l'administration de la municipalité de tous les documents requis pour l'octroi de l'allocation.

Allocation de garde temporaire d'un enfant

Cette allocation d'un montant de 6 PSB (294 EUR) est versée à la personne en charge de l'enfant pendant la période de tutelle provisoire.

Glossaire

- **Prestation sociale de base (PSB)** (*bazinė socialinė išmoka, BSI*) - montant mensuel de la prestation fixé par le gouvernement (49 EUR).
- **Âge de la majorité** - la reconnaissance de la capacité juridique pour les personnes de 18 ans.
- **Tuteur de l'enfant** - personne physique ou morale qui, conformément aux modalités fixées par la loi, s'est vu confier la garde, l'éducation, la protection des droits et des intérêts de l'enfant, ainsi que le statut de représentant légal.

Documents à fournir

Pièces à fournir (selon votre situation) :

- la demande ;
- une pièce d'identité ;
- le document sur l'attribution de la garde et la désignation du tuteur ;
- le certificat d'inscription dans le répertoire national d'identification de la famille, de la famille sociale, de l'institution d'accueil, de l'institution étatique ou municipale de garde d'enfants, ou du centre d'accueil ;
- la décision judiciaire relative aux obligations alimentaires à l'égard de l'enfant, si cette décision a été prononcée ;
- une attestation de l'établissement, si l'enfant est logé et nourri à l'internat d'un établissement d'enseignement général ou professionnel ;
- une attestation de l'établissement, si la personne poursuit ses études au-delà de ses 18 ans ;
- un relevé d'identité bancaire du compte courant ;
- autres documents selon les circonstances.

Si la commune reçoit ces données de l'État et des registres départementaux et des systèmes de données de l'État, la personne n'a pas besoin de les transmettre.

<https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/seima-ir-vaikai/prasymu-formos-socialinei-paramaigauti>

Connaissez vos droits

Publication de la Commission et sites web :

- [Prestations familiales : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

- Les renseignements sont fournis par le service d'assistance sociale de la commune. Les adresses de la plupart des communes sur internet prennent la forme suivante : [nom].lt, par exemple, vilnius.lt
- [Ministère de la Sécurité sociale et du Travail](#)

Prestation de maternité et de paternité

Ce chapitre contient des informations utiles concernant la **prestation de maternité** (*Motinystės išmoka*), la **prestation de paternité** (*Tėvystės išmoka*) et l'**allocation familiale** (*Vaiko priežiūros išmoka*) versées aux parents qui élèvent un enfant, les conditions de leur attribution, le calcul de leur montant et la différence entre ces prestations.

Suis-je concerné?

Les prestations sont d'abord versées à la mère pendant la durée du congé de maternité (prestation de maternité) et au père pendant la durée du congé de paternité (prestation de paternité). Ensuite, une prestation de congé parental est octroyée à la mère ou au père qui arrête son travail pour élever l'enfant (allocation familiale).

Une prestation forfaitaire pour femme enceinte (*vienkartinė išmoka nėščiai moteriai*) est versée à celles qui ne bénéficient pas d'une prestation de maternité dans le cadre de la législation sur la maladie et la maternité de l'assurance sociale (voir la section sur les allocations familiales).

Quelles conditions dois-je remplir?

La prestation de maternité et l'allocation familiale sont versées à toutes les personnes assurées qui ont un historique de 12 mois d'assurance sociale au moins au cours des 24 derniers mois.

Le droit à la prestation de paternité s'étend à tous les assurés qui ont été couverts pendant au moins 6 mois au cours des 24 mois précédents.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

La **prestation de maternité** est versée 70 jours calendaires avant l'accouchement et 56 jours après la naissance. En cas de complications à l'accouchement ou de naissance multiple, la prestation est versée pour 14 jours calendaires supplémentaires. L'allocation correspond à 77,58 % de la base du salaire de compensation.

Une personne assurée qui est désignée comme **tuteur** d'un nouveau-né a droit à une allocation de maternité à partir de la date de confirmation de la tutelle jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 70 jours.

La **prestation de paternité** est versée au père pour les 30 jours de calendrier (une période qui peut être scindée en deux) suivant la naissance de l'enfant avec la possibilité de choisir le moment de recevoir la prestation au plus tard jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Elle correspond à 77,58 % de la base du salaire de compensation.

L'**allocation familiale** est versée à l'un des parents (ou un parent adoptif), à l'un des grands-parents ou au tuteur qui s'occupe de l'enfant. Elle est calculée sur la base du salaire de compensation (voir l'explication ci-dessous) et dépend de la durée de paiement choisi :

- si une personne assurée choisit de recevoir l'allocation jusqu'à ce que l'enfant atteigne 18 mois, le montant de l'allocation est de 60 % de son salaire de compensation ;
- si la personne choisit de recevoir l'allocation jusqu'à ce que l'enfant atteigne deux ans, le montant de l'allocation est égal à 45 % du salaire de compensation du bénéficiaire durant la première année, et de 30 % durant la deuxième année. En cas de naissances multiples, la prestation varie en fonction du nombre d'enfants nés, mais ne peut pas dépasser 78 % du salaire de compensation.
- Dans les deux cas, le montant de l'allocation familiale pour les deux mois non transférables du congé de garde d'enfant correspond à 78 % du salaire de compensation du bénéficiaire. Une allocation familiale de ce montant est versée pour les deux mois supplémentaires de congé de garde d'enfant, qui sont accordés lorsque l'enfant est élevé par un seul parent.
- Si les parents travaillent pendant le congé non transférable, l'allocation est diminuée du montant du revenu perçu. Il est possible de travailler pendant un congé de garde d'enfant transférable, mais le montant de l'allocation et le salaire perçu ne pourront excéder le salaire sur la base duquel l'allocation est calculée. Au cours des deux mois supplémentaires (rémunérés pour les parents isolés), il est possible de travailler et de percevoir la totalité de l'allocation familiale.

Le salaire de compensation est calculé sur la base du revenu assuré (voir le glossaire ci-dessous) perçu au cours des 12 mois avant le mois au cours duquel le congé concerné a commencé.

Les limites minimale et maximale suivantes s'appliquent : la limite minimale par mois ne peut être inférieure à six fois la prestation sociale de base (294 EUR). La base de revenu utilisée pour calculer l'allocation de maternité / l'allocation familiale ne peut être supérieure au double du salaire mensuel moyen national pour les deux trimestres qui précèdent le mois où la personne acquiert le droit à l'allocation de paternité ou familiale (3 574,20 EUR) hormis pour la prestation de maternité, qui n'est soumise à aucun plafond.

En cas d'adoption, l'allocation familiale est attribuée par SoDra.

L'allocation familiale est versée pendant 18 ou 24 mois, facultativement, indépendamment de l'âge auquel l'enfant a été adopté et jusqu'à son 18^e anniversaire. Le montant représente 60 % des revenus lorsque l'allocation est perçue pendant 18 mois et, si elle est perçue pendant 24 mois, elle s'élève à 45 % des revenus pendant la première année et à 30 % pendant la seconde.

Les prestations de maternité/paternité et l'allocation familiale sont versées par les bureaux locaux du Fonds national d'assurance sociale (SoDra).

Le régime d'assurance maladie obligatoire couvre les soins en maternité ainsi que les autres soins.

Glossaire

- **Prestation de maternité** - allocation versée à la mère pendant le congé maternité ;
- **Prestation de paternité** - allocation versée au père pendant 30 jours civils (période qui peut être scindée en deux) avant le premier anniversaire de l'enfant;
- **Allocation familiale** - indemnités versées au choix à l'un des parents (beaux-parents), grands-parents ou au tuteur ;
- **Revenu assuré** - tous les revenus de la personne, sur lesquels sont basées les cotisations pour l'assurance sociale de maladie-maternité ainsi que les prestations de maladie, de réadaptation professionnelle, les allocations pour enfants, les prestations de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles et les indemnités de chômage ;
- **Fonds national d'assurance sociale (SoDra)** - le Fonds national d'assurance sociale sous le ministère de la sécurité sociale et du travail est le principal organe d'administration des régimes d'assurance.

Documents à fournir

La demande des prestations de maternité et de paternité ou des allocations familiales peut être faite sur [internet](#), remplie au bureau local du Fonds national d'assurance sociale (sur le [formulaire correspondant](#)) ou adressée par courrier.

Vous devez également fournir les détails du compte bancaire sur lequel vous souhaitez percevoir l'allocation.

Votre employeur doit adresser une demande pour que l'allocation soit accordée.

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

Les informations du Fonds national d'assurance sociale au sujet de:

- [la prestation de maternité](#), la prestation de paternité et l'allocation familiale

Publication de la Commission et sites web :

- [Portée de la sécurité sociale : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Se renseigner

En appelant le centre d'information du Fonds national d'assurance sociale au 1883 ou au +37 052500883, vous pourrez vous renseigner sur les prestations.

Santé

Assurance maladie

Ce chapitre contient des informations utiles au sujet de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire : quels services sont gratuits, quelles sont les conditions à remplir et où obtenir de plus amples informations.

Suis-je concerné?

Les soins de santé urgents sont garantis à tous les résidents. Les assurés ont droit d'office aux autres services de soins de santé, la majeure partie des coûts des traitements étant prise en charge par l'assurance. Les personnes qui n'ont pas versé de cotisations obligatoires (ou si ces contributions ne sont pas versées en leur nom) doivent supporter elles-mêmes les coûts des traitements. Il est possible de souscrire une assurance maladie volontaire qui complète l'assurance obligatoire.

Tout assuré est libre de choisir un médecin et une institution de soins de santé à tous les niveaux de soins. Il doit choisir un médecin généraliste et être répertorié sur la liste de ses patients. Ces médecins, au besoin, peuvent orienter un patient vers un spécialiste.

Si le médecin généraliste oriente le patient vers un **spécialiste** dans une institution ayant conclu une convention avec les caisses régionales d'assurance maladie, les consultations sont gratuites ; sans une telle prescription, seules les consultations des dermatovénérologues peuvent être prises en charge.

Les médecins généralistes sont également compétents, avec les spécialistes, pour recommander un traitement hospitalier. Le système d'orientation ne s'applique pas aux cas d'urgence.

Les personnes qui ne versent pas de cotisations obligatoires et qui ne sont pas couvertes par une assurance maladie obligatoire doivent supporter elles-mêmes les coûts des traitements. Les frais pour les services de rééducation médicale sont pris en charge par le fonds d'assurance maladie obligatoire et payés par les caisses régionales d'assurance maladie. Les patients qui bénéficient des services de rééducation médicale sans prescription médicale doivent les financer eux-mêmes en fonction des prix officiels.

Les personnes assurées qui se remettent d'une maladie grave (figurant dans la liste officielle) et qui ont été orientées par un médecin.

Quelles sont les conditions à remplir?

L'assurance maladie obligatoire couvre automatiquement :

- les personnes avec un contrat de travail ;
- les personnes qui paient des cotisations pour elles-mêmes (celles qui reçoivent une rémunération dans le cadre d'accords de droits d'auteurs, agriculteurs et autres personnes indépendantes) ;
- les personnes couvertes par une assurance maladie obligatoire, lorsque leurs contributions pour tous les groupes énumérés ci-après sont versées par l'État ;
- les jeunes de moins de 18 ans ;
- les retraités ou les personnes recevant une aide sociale ;
- les chômeurs qui ont été affiliés au régime d'assurance suffisamment longtemps pour recevoir la pension de vieillesse ;
- les personnes inscrites au chômage et celles qui suivent une formation professionnelle organisée par les services de l'emploi du ministère de la sécurité sociale et du travail si elles ne sont pas employées dans le cadre de cette formation ;
- les femmes en congé maternité et les femmes sans emploi 70 jours avant et 56 jours après l'accouchement ;

- un des parents (beaux-parents ou tuteurs) qui s'occupe d'un enfant de moins de 8 ans ou qui s'occupe d'au moins deux enfants, ou les personnes qui s'occupent d'un enfant handicapé ;
- les personnes handicapées ;
- les personnes recevant des prestations sociales ;
- les étudiants résidant en permanence en Lituanie et qui suivent des études dans les établissements d'enseignement secondaire, professionnel, supérieur ou universitaire, même s'ils suivent leurs études dans un autre État membre de l'UE ;
- et d'autres personnes selon des circonstances particulières (les ecclésiastiques, les vétérans de guerre et de résistance, les anciens prisonniers, les enfants non accompagnés de nationalité étrangère, etc. - voir la loi sur l'assurance maladie).

Les travailleurs indépendants doivent verser eux-mêmes les cotisations d'assurance.

Les **soins dentaires** pour adultes sont partiellement couverts par les caisses régionales d'assurance maladie. La personne assurée auprès de l'organisme de santé principal reçoit des soins dentaires. Toutes les personnes assurées (excepté les enfants, les personnes qui suivent leurs études à temps plein dans des établissements d'enseignement secondaire ou professionnel jusqu'à l'âge de 24 ans, et les personnes bénéficiant de l'aide sociale) payent pour les plombages et autres besoins dentaires.

Les frais de prothèses dentaires sont remboursés pour les catégories d'assurés suivantes :

- les retraités ;
- les enfants de moins de 18 ans ;
- les personnes handicapées et les personnes présentant une réduction de leur capacité de travail ;
- les personnes ayant suivi un traitement pour maladie oncologique de la bouche, du visage ou de la mâchoire.

Le coût des produits pharmaceutiques et des aides médicales figurant sur la liste positive est couvert pour les personnes souffrant de maladies spécifiques avec un remboursement de 100 % (applicable à certains médicaments) du prix de référence (de base) (conformément à la liste des médicaments remboursés). Les retraités, les personnes entrant dans le groupe d'invalidité 2 ou les personnes ayant une perte de la capacité de travail de 60 %-70 % et les personnes recevant l'aide sociale bénéficient d'un taux de remboursement de 50 %. Pour les assurés hospitalisés, le prix des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux est inclus dans le tarif de référence du traitement hospitalier.

De plus, il existe une liste des services qui restent intégralement à la charge de tous les patients, dont l'avortement à la demande de la patiente, le traitement hormonal, l'acuponcture et la thérapie manuelle, le bilan de santé nécessaire pour partir à l'étranger, pour acquérir une arme, pour obtenir le permis de conduire ou la licence de pilote privé, l'assistance et les soins individuels supplémentaires d'une personne malade, la chirurgie esthétique et les prothèses ou implants dentaires (sauf pour certaines catégories de personnes).

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

Les cotisations pour l'assurance maladie obligatoire des personnes salariées ou des auteurs sous contrat de travail sont payées automatiquement. Si vous êtes sur la liste des personnes assurées par l'État, vous ne devez pas non plus vous préoccuper de l'assurance maladie. Si vous n'appartenez à aucune de ces catégories, vous devez souscrire à l'assurance maladie obligatoire par vos propres moyens.

La caisse nationale d'assurance maladie rembourse 100 % du coût des implants cochléaires, des prothèses auditives et des prothèses (si une personne souhaite un appareil différent de celui proposé par la caisse nationale d'assurance maladie, elle doit payer le

prix total et demander le remboursement, qui ne peut être supérieur au prix indiqué de l'appareil proposé par la caisse nationale d'assurance maladie).

La caisse nationale d'assurance maladie rembourse 100 % de la location des dispositifs médicaux utilisés pour les soins de santé à domicile.

Les prothèses et autres appareils orthopédiques sont remboursés à 80 % ou 100 % pour les personnes souffrant de maladies incluses sur les listes spéciales approuvées par le ministère de la santé.

Les patients peuvent obtenir des appareils auditifs sur prescription médicale auprès des entreprises sous contrat avec la Caisse nationale d'assurance maladie. La Caisse rembourse les frais selon le prix de référence, la personne payant la différence si elle souhaite acquérir des appareils auditifs plus chers.

L'assurance maladie obligatoire est administrée par la Caisse nationale d'assurance maladie placée sous l'autorité du ministère de la santé et par les caisses régionales d'assurance maladie.

Glossaire

- **Assurance maladie obligatoire** - système national d'assurance qui garantit les services de soins de santé et leur remboursement des coûts de soins de santé pour l'achat des médicaments et des dispositifs médicaux et des coûts de location des dispositifs médicaux qui sont utilisés pour les soins de santé à domicile.
- **Travailleur indépendant** - une activité indépendante entreprise par une personne qui n'a pas d'employeur, comme le définit la loi lituanienne relative à l'impôt sur le revenu.
- **Tarif de référence** - part de prix d'un service de soin, d'un produit pharmaceutique ou d'un appareil médical remboursé par la caisse d'assurance maladie obligatoire.

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites web de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- [La loi sur l'assurance maladie](#)
- [La Caisse nationale d'assurance maladie placée sous l'autorité du ministère de la santé](#)

Publication de la Commission et sites web :

- [Portée de la sécurité sociale : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'EU](#)

Contacts

Caisse nationale d'assurance maladie placée sous l'autorité du ministère de la santé
+370 5 232 2222

info@vlk.lt

<https://ligoniukasa.lrv.lt/>

Indemnités de maladie

Ce chapitre contient des informations concernant les indemnités de maladie : qui a droit de les percevoir, quelle est leur durée et qui les paye.

Suis-je concerné?

Toutes les personnes assurées par l'assurance sociale maladie ont le droit de percevoir les indemnités de maladie. Les indemnités de maladie (*ligos išmoka*) sont attribuées dans les cas suivants :

- aux assurés en incapacité temporaire de travail due à une maladie ou un traumatisme entraînant une perte de revenu professionnel ;
- aux assurés qui soignent un membre de leur famille (enfant, enfant adoptif, conjoint, parent ou parent adoptif) malade ;
- aux personnes dont le contrat de travail a été suspendu à cause d'une maladie infectieuse ou d'une épidémie ;
- aux assurés qui suivent un traitement dans un hôpital offrant des services prothétiques et -orthopédiques ;
- aux personnes qui s'occupent des enfants à la crèche, à la maternelle ou à l'école primaire ainsi que dans le cadre d'un enseignement spécial pour enfants handicapés, où un système de mise en quarantaine a été mis en place ;
- aux personnes en congé de maternité ou en congé parental qui sont malades ;
- aux assurés en incapacité de travail temporaire due au prélèvement de leurs tissus, cellules ou organes à des fins de transplantation dans le cadre d'un don d'organes.

Quelles sont les conditions à remplir?

La plupart des personnes assurées sont éligibles aux indemnités de maladie à compter du premier jour d'absence du travail.

Les **indemnités de maladie** sont attribuées si la personne :

- a temporairement perdu la capacité de travail (l'attestation électronique d'invalidité a été délivrée) ;
- est couverte par l'assurance sociale maladie ;
- a temporairement perdu la capacité de travail pendant une période d'emploi (pour les personnes percevant leur revenu en tant qu'auteurs - pendant la période d'assurance) ;
- n'a pas travaillé et a perdu sa rémunération à cause d'une maladie ;
- est assurée et peut justifier d'un historique d'assurance sociale maladie d'au moins trois mois au cours des 12 derniers mois ou de six mois au cours des 24 derniers mois ;
- ne peut pas justifier de l'historique requis d'assurance sociale maladie parce qu'elle a suivi des études jusqu'à l'âge de 26 ans, ou parce qu'elle occupait un poste de militaire professionnel ou de fonctionnaire statutaire ;
- a adressé une demande de prestations au bureau local du Fonds national d'assurance sociale (SoDra) au cours des 12 mois suivant la fin de la maladie.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

- Les indemnités de maladie sont payées par l'employeur pour les deux premiers jours (sauf pour les personnes qui perçoivent leur revenu en tant qu'auteurs). L'indemnité payée par l'employeur ne doit pas être inférieure à 62,06 % ni supérieure à 100 % du salaire moyen du salarié.

- Les indemnités payées par le Fonds national d'assurance sociale (SoDra) à partir du troisième jour s'élèvent à 62,06 % du salaire compensatoire du bénéficiaire au cours des trois mois précédents.

Les indemnités journalières pour s'occuper d'un membre de la famille malade ou d'un enfant sont payées à partir du premier jour par le Fonds national d'assurance sociale et s'élèvent à 65,94 % du salaire de compensation.

Pour les personnes en incapacité de travail temporaire en raison du prélèvement de leurs tissus ou organes à des fins de transplantation, les indemnités de maladie sont payées par le Fonds national d'assurance sociale et s'élèvent à 77,58 % du salaire de compensation.

Le salaire utilisé pour calculer les indemnités ne peut pas représenter plus de deux fois le salaire mensuel national moyen pendant les deux trimestres qui précèdent le mois au cours duquel l'incapacité temporaire est survenue (pour 2023 – 3 574,20 EUR).

Glossaire

- **Fonds national d'assurance sociale (SoDra)** - le Fonds national d'assurance sociale sous le ministère de la sécurité sociale et du travail est le principal organe d'administration des régimes d'assurance.
- **Revenu assuré** - tous les revenus personnels sur la base desquels sont calculées les cotisations sociales ainsi que les prestations de maladie, de réadaptation professionnelle, de maternité, de paternité, familiales, d'accident du travail et de maladie professionnelle et de chômage.

Documents à fournir

La demande d'attribution des indemnités de maladie peut être faite sur internet, remplie dans un bureau local du Fonds national d'assurance sociale ou adressée par courrier. Le formulaire à remplir est également disponible [ici](#).

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- [Les informations du Fonds national d'assurance sociale concernant les indemnités de maladie](#)

Publication de la Commission et sites web :

- [Portée de la sécurité sociale : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

En appelant le centre d'information du Fonds national d'assurance sociale au 1883 ou au +37 052500883, vous pourrez vous renseigner sur les allocations.

Soins de longue durée

Les soins de longue durée comprennent à la fois une prise en charge sociale de longue durée (services sociaux) et des soins de santé de longue durée ; ils assurent un éventail complet de soins et de services aux personnes qui le requièrent en raison de leur état de santé ou de leur âge, d'une invalidité ou d'une perte totale d'aptitude ou de prise en charge personnelle ou familiale.

Les soins de longue durée comprennent un ensemble de prestations en espèces et de services de soins destinés aux personnes dépendantes et aux personnes ayant perdu leur autonomie à cause d'une maladie. Ce chapitre présente les informations utiles concernant les soins de longue durée.

Les soins de longue durée sont dispensés indépendamment de l'âge du patient, mais en tenant compte de l'état de santé, de l'évolution de la maladie et d'éventuelles complications. Les soins de longue durée comprennent trois services différents de soins : traitement et soins de soutien, soins palliatifs et soins infirmiers à domicile.

Suis-je concerné?

Les soins de longue durée sont destinés à répondre aux besoins des personnes dépendantes en raison d'une maladie ou d'un handicap. Les soins de longue durée comprennent également les soins palliatifs (voir le glossaire).

Les services sociaux sont fournis quel que soit l'âge, en tenant compte du degré d'indépendance et du besoin de soins. Les principaux bénéficiaires sont les personnes âgées et les personnes handicapées. Le besoin de recourir aux services sociaux est établi au cas par cas, en fonction du degré de dépendance de la personne et de la possibilité de développer l'indépendance par des services sociaux compétents.

Quelles sont les conditions à remplir?

Les personnes, compte tenu de leurs besoins, peuvent se voir prodiguer des services sociaux permanents (temporaires) ou en journée, une assistance sociale et des soins infirmiers.

D'après la liste agréée des conditions de santé, une personne peut être considérée comme ayant besoin de soins infirmiers spécifiques ou d'une aide, et recevoir une indemnité pour les frais associés. L'indemnité pour les coûts des soins infirmiers est versée aux personnes identifiées comme nécessitant des soins infirmiers spécifiques.

L'indemnité pour couvrir les soins est disponible pour les enfants avec un handicap lourd ou modéré et les personnes définies comme ayant des besoins spécifiques (assistance).

Pour les adultes, les besoins de soins spéciaux doivent être jugés nécessaires, mais ce n'est pas le cas pour les enfants handicapés.

Les **soins en établissement** sont prévus pour les handicapés ainsi que pour les personnes âgées.

Les traitements médicaux, les soins palliatifs et les services infirmiers à long terme sont dispensés aux personnes couvertes par une assurance maladie obligatoire. Ces services sont dispensés indépendamment de l'âge, mais selon l'état de santé et les besoins du patient.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

Le paiement des services sociaux est déterminé en fonction du type de service requis et de la capacité financière de la personne.

Les personnes nécessitant des soins à domicile reçoivent des visites régulières des travailleurs sociaux de l'administration d'aide sociale locale, responsable de l'administration et de la gestion des services de dépendance.

Les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent bénéficier d'**une assistance à domicile** (jusqu'à 10 heures par semaine), de soins sociaux quotidiens de trois heures par jour, cinq jours par semaine) en centre de jour ou (de deux à dix heures par jour jusqu'à sept jours par semaine) à domicile ou en institutions résidentielles de soins (jusqu'à 6 mois pour les soins de courte durée ou sans limite de temps pour les soins de longue durée) selon leur situation spécifique.

L'indemnité pour les coûts des soins infirmiers (*slaugos išlaidų tikslinė kompensacija*) s'élève de 1,9 à 2,6 fois la base d'indemnité définie par l'État (en 2023, elle va de 279,30 à 382,20 EUR par mois).

L'indemnité pour les coûts d'assistance (*priežiūros (pagalbos) išlaidų tikslinė kompensacija*) représente soit 0,6 soit 1,1 de la base d'indemnité (à savoir 88,20 ou 161,70 EUR par mois respectivement en 2023) selon la catégorie dont relève le bénéficiaire.

Les demandes doivent être effectuées auprès du service d'assistance sociale de la commune. Le besoin de services sociaux, dont les soins sociaux permanents, est déterminé par les travailleurs sociaux. Les besoins spéciaux des personnes handicapées sont déterminés par le Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail au sein du ministère de la sécurité sociale et du travail ou par une commission médicale consultative, formée par les médecins de l'établissement de santé auprès duquel la personne est inscrite.

Les établissements de soins de santé primaires sont chargés d'organiser et de prodiguer les services de soins infirmiers à domicile. Seuls les patients ayant la recommandation d'un médecin peuvent bénéficier des services de soins de santé à long terme.

Glossaire

- **Assistance (aide à domicile, développement et maintien des compétences sociales, aide à une vie indépendante au domicile)** - ensemble de prestations prodiguées à la personne, ayant pour but de fournir des services intégrés ne nécessitant pas d'une assistance permanente de professionnels.
- **Soins (du jour, permanents et temporaires)** - ensemble de prestations prodiguées à une personne, ayant pour but de fournir des services intégrés nécessitant une assistance permanente de professionnels.
- **Soins palliatifs** - mesures d'amélioration de la qualité de vie d'un malade atteint d'une maladie incurable.

Documents à fournir

- la demande ([formulaire disponible ici](#)) ;
- une pièce d'identité ;
- l'attestation de retraite ;
- ou un certificat d'invalidité ou un certificat médical d'un médecin généraliste (médecin traitant).

Les travailleurs sociaux (des communes ou des unités de soins) vous aident à constituer le dossier.

- <http://www.vilnius.lt/index.php?2137359300>

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- [Les informations du ministère de la sécurité sociale et du travail](#)

- [Les informations du Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail au sein du ministère de la sécurité sociale et du travail](#)

Publication de la Commission et sites web :

- [Portée de la sécurité sociale : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

Les renseignements sont fournis par le service d'assistance sociale de la commune. Les adresses de la plupart des communes sur internet prennent la forme suivante : [nom].lt, par exemple, vilnius.lt.

Incapacité

Pension d'invalidité

Ce chapitre contient des informations utiles concernant les **pensions d'incapacité de travail** (*netekto darbingumo pensijos*) et le calcul de leur montant.

Suis-je concerné?

Une personne pour laquelle le Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail au sein du ministère de la sécurité sociale et du travail établit une perte de capacité de travail de 45 % au moins.

Pour bénéficier de la pension d'invalidité, il est nécessaire néanmoins de justifier d'une durée minimale d'ancienneté dépendant de l'âge de la personne concernée au moment de l'évaluation du taux d'invalidité. Pour connaître les durées minimales et les durées obligatoires d'assurance en fonction de l'âge, [consultez le tableau ici](#).

Quelles sont les conditions à remplir?

Vous pouvez bénéficier d'une **pension d'incapacité de travail** (*netekto darbingumo pensija*) **au titre de l'assurance sociale** si vous remplissez les conditions suivantes :

- le Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail vous a reconnu comme une personne ayant perdu 45% au moins de sa capacité de travail ;
- vous pouvez justifier d'une durée minimale d'assurance sociale nationale pour la pension d'invalidité.

La pension d'invalidité est exigible à partir du jour où l'incapacité a été établie pour autant que vous puissiez justifier de la durée minimale d'assurance pension requise.

Si vous résidez dans un pays ayant des accords internationaux avec la Lituanie ou dans lequel s'applique la réglementation de l'Union européenne, vous avez le droit de recevoir une pension d'invalidité pour autant que vous ayez travaillé pendant une période minimale dans une entreprise ou une organisation lituanienne.

Les **pensions d'assistance sociale d'invalidité** (*šalpos neįgalumo pensijos*) sont versées aux personnes ayant été déclarées comme ayant perdu 60 % au moins de leur capacité de travail (45 % pour les personnes de moins de 24 ans reconnues totalement ou partiellement incapables de travailler) et qui n'ont pas droit aux pensions d'invalidité de la sécurité sociale ou pour lesquelles ladite pension serait très peu élevée.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

Si vous avez été reconnu comme ayant perdu 45 % au moins de votre capacité de travail, vous devez vous adresser à l'antenne locale du Fonds national d'assurance sociale pour bénéficier de la pension d'invalidité. Si à la date où vous êtes déclaré en incapacité de travail, vous ne pouvez pas justifier d'une durée minimale d'assurance qui vous donne droit à la pension, présentez-vous au Fonds national d'assurance sociale dès que vous pouvez justifier de cette durée.

La **pension d'incapacité de travail au titre de l'assurance sociale** (*netekto darbingumo pensija*) se compose de deux volets : un volet général et un volet individuel de la **pension d'assurance sociale** basé sur le nombre d'années d'assurance couvertes et les cotisations payées.

La **pension d'assistance sociale d'invalidité** (*šalpos neįgalumo pensijos*) dépend de base de la **pension d'assistance sociale** établie par le gouvernement et du coefficient appliqué qui peut varier entre 1 et 2,25 (de 184 à 414 EUR par mois), en fonction des circonstances.

Afin de calculer le montant à attribuer, des facteurs tels que l'âge de la personne handicapée au moment où son handicap a été reconnu ainsi que sa sévérité sont pris en compte.

La pension d'assistance sociale est accordée à partir de la date de jouissance. Elle peut être versée rétroactivement, jusqu'à 6 mois avant la soumission des documents nécessaires auprès de l'agence SoDra locale.

Glossaire

- **Fonds national d'assurance sociale (SoDra)** - le Fonds national d'assurance sociale sous le ministère de la sécurité sociale et du travail est le principal organe d'administration des régimes d'assurance.
- **Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail** - Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail faisant partie du ministère de la sécurité sociale et du travail.
- **Revenu assuré** - tous les revenus de la personne, sur lesquels sont basées les cotisations sociales.

Documents à fournir

Pour l'attribution de la pension d'invalidité, vous devez présenter les documents suivants à l'une des antennes locales du Fonds national d'assurance sociale :

- une pièce d'identité ;
- les documents précisant la durée d'affiliation à l'assurance jusqu'en 1994.

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- [Les informations du Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail et les formulaires](#)
- Le Fonds national d'assurance sociale : [la pension d'invalidité](#)

Publication de la Commission et sites web :

- [Portée de la sécurité sociale : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail :

Tél. +37 052333320 ; [liste des antennes locales et coordonnées](#)

Le Fonds national d'assurance sociale : tél. 1883 ou +37 052500883

Prestations pour les accidents du travail et les maladies professionnelles

Ce chapitre contient des informations utiles concernant les différentes prestations pour les accidents du travail et les maladies professionnelles en Lituanie.

Suis-je concerné?

Le régime d'assurance sociale pour les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés est financé par les cotisations des employeurs. Les indépendants peuvent s'assurer volontairement contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

auprès de compagnies privées. Les élèves et les étudiants pendant les périodes de stage en entreprise, les personnes effectuant leur service militaire ainsi que celles incarcérées sont assurés par l'État. Les cotisations sociales sont calculées sur la base du salaire mensuel minimum approuvé par le gouvernement.

L'évaluation du risque est effectuée par le bureau local du Fonds national d'assurance sociale, en fonction du lieu de résidence de la personne concernée.

Quelles sont les conditions à remplir?

Les prestations en raison d'un accident du travail, ou sur le trajet domicile-travail, ou en raison d'une maladie professionnelle, sont versées:

- à ceux qui ont temporairement perdu leur capacité de travail par suite d'un accident du travail, d'un accident sur le trajet entre le domicile et le lieu de travail ou d'une maladie, reconnus comme événements couverts par l'assurance;
- pour autant que le droit à la prestation soit né durant la période d'assurance.

L'indemnité forfaitaire pour la perte de capacité de travail (*vienkartinė netekto darbingumo kompensacija*) est versée aux assurés dont la réduction de la capacité de travail est de moins de 30 %.

L'indemnité périodique pour la perte de capacité de travail (*periodinė netekto darbingumo kompensacija*) est versée aux assurés si dont la réduction de la capacité de travail est égale à ou de plus de 30 %.

Un capital-décès (*vienkartinė draudimo išmoka apdraustajam mirus*) est versé à la famille du défunt en cas de décès d'un assuré dû à un accident qui survient sur le trajet ou sur le lieu du travail ou dû à une maladie professionnelle aiguë (46,55 fois le salaire mensuel national).

Les indemnités périodiques en cas de décès d'un assuré (*periodinė draudimo išmoka apdraustajam mirus*) sont versées aux membres de la famille du défunt, si le décès est dû à un accident qui survient sur le trajet ou sur le lieu du travail ou dû à une maladie professionnelle aiguë. Elles sont calculées sur la base d'une formule spéciale.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

Les prestations dont vous pouvez bénéficier en cas d'accident du travail :

- des indemnités journalières d'incapacité pour un accident qui survient sur le trajet ou sur le lieu du travail ou pour une maladie professionnelle ;
- une indemnité forfaitaire pour la perte de capacité de travail ;
- une indemnité périodique pour la perte de capacité de travail ;
- en cas de décès d'un assuré dû à un accident qui survient sur le trajet ou sur le lieu du travail ou dû à une maladie professionnelle aiguë, les membres de la famille du défunt bénéficient d'un capital-décès ;
- en cas de décès d'un assuré dû à un accident qui survient sur le trajet ou sur lieu du travail ou dû à une maladie professionnelle aiguë, les membres de la famille ou les personnes qui étaient à la charge du défunt bénéficient des indemnités périodiques, calculées sur la base d'une formule spéciale.

Les indemnités journalières s'élèvent à 77,58 % du salaire compensatoire mensuel et sont versées jusqu'à la guérison.

Le Fonds national d'assurance sociale et ses bureaux locaux sont responsables des régimes d'assurance, notamment ceux couvrant les accidents du travail et les maladies professionnelles. Les demandes doivent leur être adressées.

Glossaire

- **Revenu assuré** - tous les revenus personnels sur la base desquels sont calculées les cotisations sociales ainsi que les prestations de maladie, de réadaptation professionnelle, de maternité, de paternité, familiales, d'accident du travail et de maladie professionnelle et de chômage.
- **Fonds national d'assurance sociale** - le Fonds national d'assurance sociale sous le ministère de la sécurité sociale et du travail est le principal organe d'administration des régimes d'assurance.

Documents à fournir

Les formulaires sont disponibles dans le système d'information du SoDra.

Les documents complémentaires doivent y être joints, le cas échéant, tels que des formulaires N-1 ou N-2, des contrats de travail et autres documents contenant des données sur la cause d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou d'un décès résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle aiguë.

Demandes de versement de chaque type de prestation :

- via le système d'information du SoDra
- sur présentation au bureau local du SoDra;
- par voie postale (bureau de poste).

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- Le Fonds national d'assurance sociale : [indemnités de maladie pour un accident sur le trajet ou sur le lieu du travail](#) ou pour une maladie professionnelle
- Le Fonds national d'assurance sociale : [indemnité forfaitaire pour la perte de capacité de travail](#)
- Le Fonds national d'assurance sociale : [indemnité périodique pour la perte de capacité de travail](#)
- Le Fonds national d'assurance sociale : [capital-décès en cas de décès d'un assuré dû à un accident survenu sur le lieu du travail](#) ou sur le trajet entre le domicile et le travail ou dû à une maladie professionnelle aiguë
- Le Fonds national d'assurance sociale : [indemnités périodiques en cas de décès d'un assuré dû à un accident sur le lieu du travail](#) ou sur le trajet entre le domicile et le travail ou dû à une maladie professionnelle

Publication de la Commission et sites web :

- [Portée de la sécurité sociale : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

Le Fonds national d'assurance sociale : 1883 ou +37 052500883

Vieillesse et décès

Pension de retraite

La **pension de retraite** (*senatvės pensija*) est payée à tous ceux qui ont cotisé à la sécurité sociale ou qui sont assurés d'une autre manière. Ce chapitre contient des informations utiles sur le système lituanien de retraite à deux piliers.

Suis-je concerné?

Le système de retraite en Lituanie se compose de trois piliers dans lesquels les pensions sont accumulées différemment.

Le pilier I est le système de sécurité sociale de l'État par lequel les personnes sont assurées ou s'assurent elles-mêmes pour la pension versée au titre de l'assurance sociale.

Pilier II - De nouvelles sources de financement ont été introduites en 2019 : la contribution privée de la personne (3 % du salaire brut de la personne) et la contribution de l'État (1,5 % du salaire moyen national). Les transferts de cotisations sociales vers les fonds du deuxième pilier ne sont plus possibles.

Une fois qu'un fonds de pension a été mis en place, il ne peut plus être retiré avant d'avoir atteint l'âge de la retraite.

Le pilier III est la contribution volontaire à un fonds de pension ou la participation à un régime d'assurance-vie. Tout le monde peut participer, y compris ceux qui ne versent pas de cotisations salariales au SoDra et qui ne participent pas aux piliers I et II.

Les pensions d'assistance sociale sont versées aux personnes n'ayant droit aux pensions de retraite de l'assurance sociale ou dans le cas où ces pensions seraient minimales.

Quelles sont les conditions à remplir?

Pour avoir le droit de percevoir la pension de retraite du Fonds national d'assurance sociale, il est nécessaire de remplir les conditions suivantes :

- avoir atteint l'âge légal de la retraite. Actuellement, l'âge légal de la retraite augmente progressivement tous les ans pour atteindre 65 ans. Pour connaître l'âge légal de la retraite, vous pouvez vous servir d'un [calculateur](#) ;
- justifier au moins d'une durée minimale d'affiliation à l'assurance pension de 15 ans.

Les personnes qui participent à une pension par capitalisation (régime du 2e pilier) obtiennent le droit à la prestation si elles ont atteint l'âge légal de la retraite ou si la pension de retraite anticipée leur a été attribuée.

Les personnes suivantes ont droit à une pension d'assistance sociale :

- les personnes ayant atteint l'âge de la retraite. L'âge de la retraite est augmenté chaque année pour atteindre 65 ans ;
- les personnes n'ayant pas droit à la pension de retraite de l'assurance sociale ou dans le cas où cette pension serait minimale.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

Le droit à la pension de vieillesse exige un minimum de 15 ans d'assurance sociale. En 2023, une pension de vieillesse complète est payable à ceux qui ont une carrière de cotisation de 33 ans.

Vous pouvez vous adresser à l'une des antennes locales du Fonds national d'assurance sociale trois mois avant la date anniversaire d'âge légal de retraite ou à n'importe quel autre moment postérieur à cette date.

Les personnes qui cumulent les pensions doivent s'adresser à leur compagnie de fonds de pension qui va déterminer si elles doivent adhérer à la rente viagère (voir le glossaire) ou si elles peuvent bénéficier de la prestation cumulée sous forme de montant forfaitaire ou en versements périodiques.

Les pensions d'assistance sociale vieillesse dépendent du taux de la pension d'assistance sociale de base établi par le gouvernement et du coefficient qui est de 1 (184 EUR).

Les pensions de l'assistance sociale sont versées à partir de la date de jouissance. Elles peuvent être versées rétroactivement jusqu'à 6 mois avant le dépôt des justificatifs auprès de l'agence local du SoDra.

Glossaire

- **Fonds national d'assurance sociale** (SoDra) - principal organe d'administration des régimes d'assurance, sous le ministère de la sécurité sociale et du travail.
- **Revenu assuré** - tous les revenus de la personne, sur lesquels sont basées les cotisations sociales.
- **Rente viagère** - rente de pension versée à l'assuré jusqu'à son décès ; tout le risque lié au paiement est supporté par celui qui la verse - la compagnie d'assurance qui s'occupe de l'assurance-vie.

Documents à fournir

- une pièce d'identité ;
- les documents précisant la durée d'affiliation à l'assurance jusqu'en 1994, <http://www.vilnius.lt/index.php?2137359300>.

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- [Informations du ministère de la Sécurité sociale et du travail](#)
- [Calculateur des pensions](#)

Publication de la Commission et sites web :

- [Prendre sa retraite à l'étranger : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

Le Fonds national d'assurance sociale, tél. 1883 ou +37 052500883

L'Autorité de surveillance de la Banque de Lituanie, tél. +37 052680501, Courrier électronique : pt@lb.lt

Prestations en faveur du conjoint survivant

Ce chapitre contient des informations utiles concernant les conditions d'attribution et de paiement des prestations en faveur du conjoint survivant et des orphelins.

Suis-je concerné?

La **pension de conjoint survivant** (*naðliø pensija*) est une prestation d'assurance sociale en faveur du conjoint du défunt qui avait une assurance pension sociale.

La **pension d'orphelin** (*naðlaièiø pensija*) est une prestation d'assurance sociale en faveur des enfants et enfants adoptifs du défunt qui avait une assurance pension sociale.

La pension de veuf/veuve peut être versée en même temps que d'autres pensions d'assurance sociale. Si la personne est éligible à la pension de conjoint survivant et la pension d'orphelin, elle perçoit celle dont le montant est le plus élevé ou celle qu'elle choisit.

La pension d'orphelin de l'assistance sociale est versée aux personnes qui n'ont pas droit à une pension d'orphelin de l'assurance sociale.

Quelles sont les conditions à remplir?

Les prestations en faveur des survivants (dont les enfants adoptés) sont payées si le jour de son décès ou le jour où elle a été portée disparue, la personne assurée :

- avait droit à la pension d'incapacité de travail ou une pension de retraite ;
- avait une durée minimale d'assurance sociale pour une pension d'État ou une durée équivalente requise pour une pension d'un type approprié en ayant travaillé dans des entreprises, institutions ou organisations de la Lituanie, des États membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen (la condition de durée minimale ne s'applique pas si la personne percevait la pension d'invalidité, était un prisonnier politique ou un déporté).

La pension au conjoint survivant est versée à la veuve ou veuf du défunt :

- qui a atteint l'âge de la retraite, indépendamment de son âge au moment du décès du conjoint ;
- qui était en incapacité de travail au moment du décès du défunt ou dans les cinq ans suivant le décès. Le délai de cinq ans ne s'applique pas si le conjoint s'occupait d'un enfant handicapé du défunt au moment où il était reconnu en incapacité ;
- qui n'avaient pas d'enfant et vivait avec le défunt sous les liens du mariage depuis au moins un an jusqu'au remariage.

Pour avoir droit à la pension d'orphelin ou à la pension d'orphelin de l'assistance sociale, les enfants (y compris les enfants adoptés) :

- doivent avoir moins de 18 ans ;
- peuvent avoir entre 18 et 24 ans, à condition d'étudier à temps plein dans un établissement officiel d'enseignement professionnel supérieur ou secondaire supérieur ;
- qui ont été reconnus handicapés avant d'atteindre l'âge de 24 ans ou entre 24 et 26 ans par suite d'une maladie ou d'un accident survenu avant leur 24 ans ;
- aucune limite d'âge ne s'applique pour les enfants handicapés (si le handicap était reconnu avant les 24 ans de l'enfant, la prestation est due jusqu'au moment où cesse l'incapacité ou est servie à vie en cas d'incapacité permanente).

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

La pension nationale de base au conjoint survivant est octroyée au montant de base de ladite pension. À partir du 1^{er} janvier 2023, ce montant est de 34,89 EUR.

Le montant mensuel de la pension d'orphelin est égal à 50% de la somme du volet général et du volet individuel de la pension qui était due ou aurait pu être due au défunt. Le montant est déterminé sur la base soit de la pension au titre de l'assurance sociale pour ceux qui ont perdu 65% ou plus de leur capacité de travail, soit de la pension de retraite. Si plus d'un enfant a droit à la pension, tous reçoivent une part égale du montant total payable. Si un enfant a perdu ses deux parents, une pension est versée pour chaque parent décédé.

Le montant de la **pension d'orphelin de l'assistance sociale** (*šalpos našlaičių pensija*) versé à chaque enfant correspond à 0,5 fois la pension d'assistance sociale de base (92 EUR). Lorsque 4 enfants ou plus (enfants adoptés inclus) d'une personne décédée ont le droit de percevoir cette prestation, la pension d'orphelin de l'assistance sociale, égale à

1,5 fois la pension de l'assistance sociale de base (276 EUR), est versée à parts égales à tous les enfants.

Glossaire

Fonds national d'assurance sociale (SoDra) - le Fonds national d'assurance sociale sous le ministère de la sécurité sociale et du travail est le principal organe d'administration des régimes d'assurance.

Documents à fournir

- une pièce d'identité confirmant votre statut de survivant ou d'orphelin ;
- le certificat de décès ;
- une attestation de l'établissement de l'enseignement pour un orphelin de 18 à 24 ans qui suit des études et, au besoin, le certificat relatif au taux de capacité fourni par le Bureau d'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail ;
- si la personne décédée ne percevait pas de pension d'assurance sociale, il faut également fournir les documents attestant la durée d'affiliation à l'assurance et, dans certains cas, le revenu assuré.

La demande d'attribution d'une pension de survivant ou d'orphelin ou d'une pension d'aide sociale aux orphelins doit être adressée au bureau local du Fonds national d'assurance sociale.

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- [La législation relative aux prestations sociales](#)
- [Les informations concernant les prestations en faveur des survivants et des orphelins](#)
- [Les informations concernant les prestations d'assistance sociale](#)

Publication de la Commission et sites web :

- [Les prestations en cas de décès : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

Le Fonds national d'assurance sociale : 1883 ou +37 052500883.

La plupart des autorités locales ont une adresse Internet - [nom].lt (par exemple vilnius.lt).

Aide sociale

L'aide sociale en espèces pour les personnes démunies

L'aide sociale en espèces est versée aux personnes dont le revenu n'atteint pas le niveau fixé par l'État. Ce chapitre contient des informations utiles concernant les types d'aide et les modalités de leur octroi.

Suis-je concerné?

Loi relative à l'assistance sociale en espèces pour les personnes démunies du 1er décembre 2011 (N° XI-1772).

L'assistance sociale en espèces comprend les **allocations sociales** (*socialinė pašalpa*) et les **indemnités couvrant les frais de chauffage, de l'eau potable et de l'eau chaude** (*būsto šildymo išlaidų, geriamojo vandens išlaidų ir karšto vandens išlaidų kompensacijos*). Les deux prestations sont accordées après examen des revenus et leurs montants peuvent varier en fonction du revenu de la famille et des biens (jusqu'au 30 avril 2024, le bien possédé ne sera pas pris en compte).

Les personnes ayant un faible revenu ont droit à une allocation sociale qui garantit des ressources minimales afin de subvenir à leurs besoins de base (pour les dépenses de nourriture et d'habillement) et qui couvre une partie des charges liées à l'utilisation du logement (frais de chauffage, d'eau chaude et d'eau potable).

Vous pouvez bénéficier de l'aide sociale si vous avez des raisons objectives de ne pas pouvoir subvenir à vos besoins et que vous avez épuisé toutes les possibilités d'avoir d'autres revenus. Les prestations sont accordées après examen des revenus perçus et de la valeur de toute propriété éventuelle.

Quelles sont les conditions à remplir?

L'aide sociale en espèces est versée aux personnes officiellement enregistrées en tant que résidents en Lituanie, dont :

- les citoyens lituaniens ;
- les ressortissants étrangers avec un permis de séjour de longue durée dans l'Union européenne ;
- les citoyens d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État membre de l'Association européenne de libre-échange dans l'espace économique européen ou les membres de leur famille qui ont une autorisation de séjourner en Lituanie.
- les ressortissants étrangers qui ont obtenu l'asile ou une protection temporaire ;
- les ressortissants d'Australie, du Japon, du Royaume-Uni, de l'Irlande du Nord, des États-Unis d'Amérique, du Canada, de Nouvelle-Zélande ou de Corée du Sud et les membres de leur famille qui sont titulaires de permis de séjour temporaires (de trois mois au moins) en Lituanie. Cette exigence n'est pas d'application si vous êtes un ressortissant de l'un de ces pays et que vous travaillez (en tant que salarié ou indépendant) en Lituanie.

L'**allocation sociale** (*Socialinė pašalpa*) est versée au ménage si le revenu mensuel est inférieur à 1,1 fois le **revenu de soutien de l'État** (*Valstybės remiamos pajamos*) (soit 172,70 EUR par personne et par mois).

Le niveau minimum de revenu est basé sur le prix d'un panier déterminé de biens et le montant du soutien exigible est déterminé en affectant un montant nominal à chaque membre de la famille.

Le montant de l'allocation sociale a été augmenté à partir du 1^{er} juin 2020 et différencié en fonction de la durée de versement:

Le montant de l'allocation sociale pour un ménage d'une personne s'établit comme suit:

- jusqu'à 6 mois: la différence entre 1,4 x le revenu de soutien de l'État (219,80 EUR) par personne et par mois et le revenu réel;
- de 6 à 12 mois: la différence entre 1,2 x le revenu de soutien de l'État (188,40 EUR) par personne et par mois et le revenu réel;
- plus de 12 mois: la différence entre 1,1 x le revenu de soutien de l'État (172,70 EUR) par personne et par mois et le revenu réel.

Le montant de l'allocation sociale pour deux personnes ou davantage vivant ensemble s'établit comme suit:

- la différence entre 1,1 x le revenu de soutien de l'État (172,70 EUR) par personne et par mois et le revenu réel pour le premier membre de la famille;
- la différence entre 90 % de 1,1 x le revenu de soutien de l'État (172,70 EUR) par personne et par mois et le revenu réel pour le deuxième membre de la famille;
- la différence entre 70 % de 1,1 x le revenu de soutien de l'État (172,70 EUR) par personne et par mois et le revenu réel pour le troisième membre de la famille et tout membre supplémentaire.

Si les bénéficiaires de l'allocation sociale, avant leur embauche, étaient enregistrés auprès du bureau local pour l'emploi ou du service de l'emploi d'un autre État membre pendant au moins six mois et n'avaient pas travaillé pendant cette période ou avaient travaillé moins de la durée légale spécifiée ou dans des travaux publics, ils sont également éligibles à l'allocation sociale après l'embauche tant que leur revenu n'est pas inférieur au salaire minimum mensuel ou horaire et ne dépasse pas deux fois le salaire minimum.

Le montant de l'allocation sociale au travail a été augmenté et différencié en fonction de la durée de versement:

- de 3 à 6 mois: le montant correspond à 100 % du montant moyen de l'allocation sociale versée pendant les 6 derniers mois qui ont précédé l'embauche;
- de 4 à 6 mois: 80 % du montant moyen de l'allocation sociale versée pendant les 6 derniers mois qui ont précédé l'embauche;
- de 7 à 12 mois: 50 % du montant moyen de l'allocation sociale versée pendant les 6 derniers mois qui ont précédé l'embauche.

Si, après avoir trouvé un emploi, les personnes vivant ensemble (ou une personne vivant seule) restent éligibles au bénéfice d'une prestation sociale, ils peuvent recevoir en même temps l'allocation sociale et l'allocation sociale au travail.

L'allocation sociale est réduite pour les personnes en âge de travailler, mais qui ne travaillent pas, comme suit :

- de 20 % si l'allocation sociale est versée pendant 12 à 24 mois ;
- de 30 % si l'allocation est versée pendant 24 à 36 mois ;
- de 40 % si elle est versée pendant 36 à 48 mois ;
- de 50 % si elle est versée pendant 48 à 60 mois.

Si l'allocation sociale est attribuée pendant plus de 60 mois, elle n'est pas versée sous une forme monétaire.

Les réductions ci-dessus ne sont pas applicables si l'allocation sociale est versée à des enfants, dont de jeunes adultes scolarisés, et si pendant la période de versement de l'allocation sociale, le service de l'emploi ou le service national de l'emploi d'un autre État membre n'a pas proposé d'emploi, ni de participation à des mesures d'emploi actives ou s'ils ont participé à des activités socialement bénéfiques organisées par la municipalité.

Les personnes démunies reçoivent des **remboursements de frais de chauffage, d'eau chaude et d'eau potable**. Cela dépend d'un examen des ressources, qui prend en compte le revenu et les biens de la famille.

Les personnes concernées doivent payer :

- pour le chauffage d'un logement de taille normale: un maximum de 10 % de la différence entre le revenu familial et un montant correspondant à 2 fois le revenu de soutien de l'État (314 EUR) pour une famille (personnes vivant ensemble) et de 10 % de la différence entre le revenu d'une personne seule ou le montant correspondant à 3 fois le revenu de soutien de l'État (471 EUR) pour une personne seule ;
- pour l'eau chaude de base normale: un maximum de 5 % du revenu de la famille (personnes vivant ensemble) ou du revenu d'une personne seule ;
- pour l'eau potable de base normale: 2 % du revenu de la famille (personne vivant ensemble) ou du revenu d'une personne seule.

Les familles ou les personnes seules ayant droit à ce remboursement qui sont propriétaires d'un appartement dans un immeuble sont éligibles à l'aide pour payer les frais d'un prêt engagé pour rénover l'immeuble.

Du 30 septembre 2022 au 30 avril 2024 et pendant la saison de chauffage, des conditions plus favorables ont été introduites pour bénéficier des aides, notamment le remboursement des frais de chauffage. La durée du paiement des aides a ainsi été étendue à toute la saison de chauffage si la demande d'aide est présentée un mois avant le début de la saison de chauffage ou au cours de celle-ci.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

Afin de recevoir l'**allocation** sociale, il faut s'adresser à l'administration de la commune dans laquelle la résidence est déclarée ou de la commune dans laquelle le logement est loué, et si la personne est sans domicile - à l'administration de la commune dans laquelle la personne vit. Le demandeur doit remplir un formulaire de demande d'aide sociale et joindre les justificatifs requis. L'aide sociale en espèces (allocation sociale et indemnités) est fournie par la commune du lieu de résidence.

Le demandeur doit remplir un formulaire de demande d'assistance sociale en espèces et joindre les justificatifs requis sur le revenu et les biens de la famille sauf si la municipalité reçoit des données de l'État et du service des registres et des systèmes de données de l'État.

L'octroi de l'aide sociale et/ou le calcul et les provisions des indemnités sont décidés au plus tard un mois après la date de réception de la demande et des documents nécessaires.

L'allocation sociale est accordée pour une période de trois mois. L'allocation sociale peut être renouvelée (indéfiniment), si les circonstances n'ont pas changé.

Les indemnités sont accordées pour une période de trois mois à partir de la date de jouissance. Elles peuvent être octroyées rétroactivement jusqu'à deux mois avant le mois de dépôt de la demande.

L'aide sociale en espèces (allocation sociale et indemnités) peut être accordée pour une période inférieure à trois mois.

Glossaire

Une **personne seule** est une personne âgée de plus de 18 ans ou un mineur ayant été déclaré capable et qui n'est pas marié ainsi qu'une personne qui est mariée, mais qui vit séparément du conjoint et qui n'a pas d'enfants (enfants adoptés inclus) qui vivent avec elle.

Documents à fournir

Les formulaires de demande sont disponibles [ici](#) (choisissez celui qui vous concerne)

<https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/seima-ir-vaikai/prasymu-formos-socialinei-paramai-gauti>

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas les sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- [Les informations du ministère de la sécurité sociale et du travail sur les prestations sociales](#)
- [Les informations du ministère de la sécurité sociale et du travail sur les prestations sociales pour les familles et les enfants](#)

Publication de la Commission et sites web :

- [Portée de la sécurité sociale : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

Les renseignements sont fournis par les services d'assistance sociale de la commune. Les adresses de la plupart des communes sur internet prennent la forme suivante : [nom].lt, par exemple, vilnius.lt.

Chômage

Indemnités de chômage

Ce chapitre contient des informations utiles concernant les indemnités de chômage et les conditions de leur attribution.

Suis-je concerné?

L'assurance chômage est obligatoire pour les salariés. Ses prestations sont liées aux revenus perçus avant la période de chômage et au revenu mensuel minimum approuvé par le gouvernement.

Pour pouvoir prétendre à une **allocation de chômage** (*nedarbo išmoka*), une personne doit avoir été assurée depuis au moins 12 mois au cours des 30 mois précédant son inscription auprès du service de l'emploi.

Il existe des exceptions pour certaines catégories de chômeurs qui ont cotisé, mais qui n'ont pas accompli la durée d'assurance sociale nécessaire (par exemple s'ils ont effectué leur service militaire obligatoire). L'allocation de chômage est versée à compter du 8^e jour qui suit l'obtention du statut de chômeur. Si vous avez été licenciés par votre faute, le délai de carence est de trois mois.

Le versement des indemnités de chômage prend fin si vous retrouvez un emploi salarié ou si vous vous installez en indépendant.

Quelles sont les conditions à remplir?

Vous pouvez prétendre aux indemnités de chômage si :

- vous êtes salarié sous contrat de travail, sous contrat d'auteur ou sous brevet, y compris ceux qui assurent une fonction élective, ou vous êtes politicien ou fonctionnaire et vous percevez un salaire conformément à des lois spéciales ;
- vous êtes dans le système professionnel de Défense nationale, un militaire bénévole ou autre service actif, ou un réserviste appelé à effectuer des manœuvres ou une mission ;
- vous êtes dans les forces armées lituaniennes, dans le service militaire obligatoire ou effectuant un service de remplacement ;
- vous ne travaillez pas pour vous occuper d'un enfant âgé d'un à trois ans ;
- vous êtes l'un des parents (ou parents adoptifs) d'une personne handicapée ou le tuteur (responsable) d'une personne handicapée, lui fournissant des soins permanents chez vous ;
- vous êtes le conjoint d'un fonctionnaire détaché ou d'une personne dans l'armée professionnelle et vous vivez ensemble à l'étranger ;
- vous êtes un officier de la sécurité intérieure ;
- vous êtes propriétaire d'une société individuelle, membre d'un petit partenariat ou membre d'une société de personnes et vous produisez des revenus.

Pour recevoir les indemnités de chômage, les conditions sont les suivantes :

- être sans emploi ;
- être en âge de travailler ;
- ne pas suivre de programme d'enseignement général, exception faite des personnes qui étudient dans le cadre de programmes d'enseignement primaire, fondamental et secondaire pour adultes ;
- justifier d'une durée minimale d'assurance ;
- être inscrit auprès du service de l'emploi ;

- rechercher activement du travail et être disposé à accepter les emplois proposés ou à participer aux mesures actives de politique du marché du travail (voir le glossaire plus loin) ;
- ne pas percevoir des allocations de maladie et/ou de maternité (paternité) ni d'autres allocations de sécurité sociale.

Vous ne percevrez pas d'indemnités de chômage si :

- vous étudiez dans le cadre d'un programme d'enseignement général (exception faite des personnes qui étudient dans le cadre de programmes d'enseignement primaire, fondamental et secondaire pour adultes) ;
- vous avez atteint l'âge de la retraite ou vous n'êtes pas reconnu capable de travailler ;
- vous avez manqué, sans raison valable, un rendez-vous au service de l'emploi pour accepter une offre d'emploi, ou pour élaborer un plan personnalisé d'activités professionnelles ou pour participer à une mesure politique active du marché du travail ou à des programmes destinés à créer des emplois ou pour recourir aux services en faveur du marché du travail ;
- vous avez refusé, sans raison valable, un plan personnalisé d'activités professionnelles ou vous avez refusé de participer à des mesures actives du marché du travail prévues par ce plan ou vous avez refusé un emploi adapté pour la seconde fois en 12 mois ;
- vous avez arrêté de participer aux mesures de formation ou aux mesures de soutien à l'emploi sans raison valable ;
- vous n'avez pas cherché, sans raison valable, un emploi et n'avez pas exercé d'activités fournissant des services agricoles et sylvicoles avec délivrance de quittances de service et/ou vous avez enfreint la procédure de signalement d'une recherche d'emploi personnalisé pour la seconde fois au cours des 6 mois suivant le premier signalement ;
- vous avez perçu des revenus illégalement ;
- votre permis de séjour en Lituanie en tant que chômeur a expiré ;
- une décision de justice, un arrêt ou un jugement de tribunal a imposé des pénalités ou vous a sanctionné ;
- vous émigrez de Lituanie ;
- vous avez effectué une demande pour annuler votre inscription auprès du service de l'emploi ;
- vous êtes reconnu par le service de l'emploi comme une personne prête à entrer sur le marché du travail.

Vous éviterez des sanctions si vous êtes en mesure de démontrer une raison valable justifiant l'une des situations précitées (maladie, accident, décès d'un parent, d'un enfant ou d'un conjoint, etc.).

L'indemnité de chômage sera payée pendant 9 mois.

Si à la fin du versement des indemnités, vous êtes à moins de cinq ans de l'âge de la retraite, la durée de versement des indemnités de chômage est prolongée de deux mois à condition que vous ne perceviez pas de pension de retraite anticipée.

Si vous êtes assuré depuis plus de 30 ans et que vous êtes éligible à la pension de retraite à taux plein dans les cinq ans, vous pouvez demander une pension de retraite anticipée.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

L'allocation de chômage est la somme d'une partie fixe et d'une partie variable. La partie fixe est composée de revenus soutenus par l'État d'un montant égal à 23,27 % du salaire mensuel minimum, soit 195,47 EUR aujourd'hui.

La partie variable représente 38,79 % du revenu mensuel moyen assuré par les chômeurs pendant les trois premiers mois; 31,03 % pour les 3 prochains mois et 23,27 % pour les 3 mois suivants. Le revenu mensuel moyen assuré par les chômeurs est calculé en tenant compte du montant mensuel au cours des 30 mois précédents commençant 2 mois avant la date d'obtention du statut de chômeur.

L'allocation de chômage ne peut être inférieure à 23,27 % du salaire mensuel minimum, mais elle ne peut dépasser 58,18 % du salaire national moyen.

La demande d'attribution des indemnités doit être adressée à au service de l'emploi ou SoDra.

Glossaire

- Les **mesures actives du marché du travail** comprennent le soutien à l'apprentissage (formation professionnelle, emploi sous contrat d'apprentissage, stage), la reconnaissance de compétences acquises dans le cadre d'un apprentissage formel et informel, l'éducation non formelle pour adultes, l'acquisition de qualifications et de compétences à forte valeur ajoutée.
- Le **soutien à l'emploi** - emploi subventionné, subvention couvrant le coût d'un assistant pour l'emploi.
- Le **soutien à la création/adaptation d'emplois** - subventionnement de l'adaptation d'emploi, mise en œuvre de projets d'initiatives locales pour l'emploi, soutien à la création d'entreprises.
- Le **soutien à la mobilité - service de l'emploi** - principal organe de promotion de l'emploi, du recyclage et des mesures actives de politique du marché du travail.
- **Fonds national d'assurance sociale (SoDra)** - principal organe d'administration des régimes d'assurance sous le ministère de la sécurité sociale et du travail.
- **Durée minimale d'assurance** - période pendant laquelle vous devez verser des cotisations d'assurance afin de recevoir les indemnités de chômage (12 mois sur les 30 mois précédant l'obtention du statut de chômeur), mais il existe des exceptions comme indiqué ci-dessus.

Documents à fournir

Vous pouvez vous inscrire auprès du bureau local du Fonds national d'assurance sociale (SoDra) ou auprès du service de l'emploi ou sur [internet](#).

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- SoDra: [paiement des indemnités de chômage](#)

Publication de la Commission et sites web :

- [Chômage et allocations : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

Le service lituanien de l'emploi : +37 070055166.

[Les antennes régionales du service de l'emploi](#)

S'installer à l'étranger

Coordination avec le régime de sécurité sociale précédent

Ce chapitre contient des informations utiles concernant le cumul des périodes d'assurance sociale pour lesquelles les contributions ont été versées dans un autre État membre et le maintien des droits acquis.

Suis-je concerné?

Si vous avez l'intention de travailler dans un autre pays de l'UE ou dans un pays tiers où les règlements européens s'appliquent (l'Espace économique européen, la Suisse et le Royaume-Uni*), sachez que ces règlements assurent un traitement égal des assurés.

Chaque État membre a sa propre législation relative à l'attribution des prestations sociales, leur montant et la durée de leur versement. Néanmoins, les systèmes de sécurité sociale des pays de l'UE sont coordonnés entre eux. Les principes fondamentaux de la coordination des systèmes de sécurité sociale sont :

- aucune discrimination en raison de la citoyenneté ;
- une personne est couverte pour l'assurance sociale uniquement dans un État membre et paye des cotisations à l'assurance sociale uniquement dans un pays (même si elle travaille dans plus d'un État membre) selon le système en place. Les cotisations sociales versées ne peuvent pas être annulées, ni gelées, ni réduites si la personne part dans un autre État membre ;
- les périodes d'assurances effectuées dans différents États membres s'ajoutent. Si une personne revient vivre en Lituanie et demande à cotiser, les périodes d'assurance sociale cumulées dans un autre État membre seront prises en compte pour définir ses droits ;
- les indemnités peuvent être exportées.

Voir les documents à fournir ci-dessous.

Les pensions sont calculées dans chaque pays séparément en tenant compte des périodes d'emploi et des cotisations payées dans l'État membre concerné.

* Chaque cas doit être évalué individuellement pour déterminer si une personne entre dans le champ d'application de l'article 30 de l'Accord de retrait, et donc les règlements de coordination de l'UE s'appliquent, ou si elle entre dans le champ d'application des situations décrites à l'article 32 de l'Accord de retrait et /ou relève de la législation nationale et du Protocole en matière de coordination de la sécurité sociale lié à l'Accord de commerce et de coopération.

Quelles sont les conditions à remplir?

Les dispositions des règlements concernés sont applicables aux branches de la sécurité sociale suivantes :

- les prestations de chômage ;
- les prestations de maladie, de maternité et les prestations équivalentes de paternité ;
- les prestations d'invalidité ;
- les prestations de soins de longue durée ;
- les prestations de retraite et les prestations en faveur des survivants ;
- les prestations pour les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- le capital décès ;
- les allocations familiales.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

Afin de pouvoir exercer vos droits en matière de prestations sociales, vous devez fournir les documents nécessaires (voir la section « Documents à fournir » ci-dessous).

Vous devez aussi être prêt à fournir les données de votre employeur (ou employeurs) dans l'autre État membre, les attestations concernant les périodes d'emploi et d'assurance dans ce pays ainsi que votre ou vos numéros d'assurance sociale.

Les prestations familiales sont habituellement versées par l'État membre dans lequel travaillent les parents de l'enfant et où réside l'enfant. Si les membres de la famille résident et travaillent dans des États différents, les institutions nationales concernées examineront votre situation familiale et détermineront quel État est tenu de verser les prestations.

Si l'État membre X est responsable du paiement de vos prestations familiales, mais que vous travaillez ou percevez une pension dans l'État membre Y, et que les prestations familiales dans l'État membre Y sont plus élevées que dans l'État membre X, alors ce dernier va vous rembourser la différence entre les deux montants.

Si vous êtes travailleur détaché et assuré dans votre État membre, celui-ci est tenu de vous verser les prestations familiales.

Les pensions de veuf/veuve et d'orphelin sont attribuées en tenant compte du pays dans lequel le défunt était assuré et/ou dans lequel il percevait la pension.

Il existe deux types de soutien en cas de décès :

- une indemnité funéraire forfaitaire de 8 PSB (392 EUR)
- une indemnité de rapatriement des corps de citoyens lituaniens décédés à l'étranger, dont le montant est égal aux coûts réels du rapatriement en Lituanie, mais plafonné à 54 PSB (2 646 EUR). L'indemnité de rapatriement est due si le revenu mensuel moyen de la personne isolée ou de chaque membre du même ménage n'excède pas 3 fois le revenu de soutien de l'État (471 EUR).

Glossaire

- **Espace économique européen** : Islande, Liechtenstein et Norvège
- **État membre**: pays de l'UE, pays de l'Espace économique européen, Suisse et le Royaume-Uni.

Documents à fournir

Plus d'informations sur le site « [L'Europe est à vous](#) ».

- A1 (anciennement E 101, E 103) : attestation délivrée aux travailleurs détachés ou à ceux qui travaillent dans plusieurs pays à la fois, qui prouve qu'ils payent les cotisations sociales dans un autre État membre de l'UE. En Lituanie, ce document est délivré par la division de Vilnius du Fonds national d'assurance sociale (SoDra).
- S1 (anciennement E 106, E 109 et E 121) : attestation donnant droit aux prestations de santé. Utile pour les travailleurs frontaliers, les retraités, les fonctionnaires et les personnes à leur charge. Délivrée par un organisme d'assurance maladie (en Lituanie - par les caisses territoriales d'assurance maladie).
- U1 (anciennement E 301) : relevé des périodes d'assurance à prendre en compte dans le calcul des allocations de chômage. Le formulaire est délivré par une antenne locale du service de l'emploi ou par l'organisme de sécurité sociale compétent du dernier pays dans lequel la personne a travaillé. En Lituanie, ce document est délivré par le SoDra. Ce fonds délivre également le formulaire U2 (anciennement E 303) - l'autorisation donnant le droit de continuer à percevoir des indemnités de chômage tout en cherchant un emploi dans un autre État membre.
- U3 : formulaire destiné à signaler des changements dans votre situation pouvant conduire à une révision de vos droits aux indemnités de chômage. Délivré par une

antenne locale du service national pour l'emploi. En Lituanie, ce document est émis par le service de l'emploi.

- DA1 (anciennement E 123) : formulaire donnant droit à un traitement médical aux conditions s'appliquant aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dans un autre pays de l'UE. Délivré par un organisme d'assurance maladie (en Lituanie, caisses territoriales d'assurance maladie).
- P1 : formulaire récapitulant les décisions concernant la personne prises par les organismes de pays de l'UE auprès desquels elle a fait une demande de pension de retraite, de survivant ou d'invalidité. Délivrée par l'organisme de retraite (la division de Vilnius du Fonds national d'assurance sociale (SoDra) en Lituanie).

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites web de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- [La page web consacrée aux migrants de l'UE](#) du ministère de la Sécurité sociale et du Travail

Publication de la Commission et sites web :

- Aide et conseils pour les ressortissants de l'UE et leur famille

Contacts

Conseil du Fonds national d'assurance sociale relevant du Ministère de la sécurité sociale et du travail (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos*) (**SoDra**)

Tél. 1883 ou +370 5 250 0883

info@sodra.lt

Konstitucijos pr. 12

LT-09308 Vilnius

Lituanie

www.sodra.lt

Service de l'emploi relevant du Ministère de la Sécurité sociale et du travail (*Užimtumo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos*)

Tél. 1883 or +370 5 250 0883

info@uzt.lt, eures@uzt.lt

Geležinio Vilko g. 3A

LT-03131 Vilnius

Lituanie

www.uzt.lt

Fonds national d'assurance sociale du ministère de la Santé (*Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos*)

Tél. + 370 5 232 2222

vlk@vlk.lt

Europos aikštė 1

LT03505 Vilnius

Lituanie

<https://ligoniukasa.lrv.lt/>

Résidence principale

Résidence habituelle

Ce chapitre contient des informations utiles sur les exigences réglementaires concernant la résidence habituelle qui doivent être appliquées pour avoir droit à certaines prestations sociales.

Suis-je concerné?

La résidence habituelle est un lieu où la personne vit habituellement et avec lequel elle est le plus liée. Il est important que la personne ait l'intention d'y vivre dans un avenir proche et que ce lieu ne soit pas une résidence temporaire pendant les voyages, les voyages d'affaires ou les études. Les exigences pour les citoyens de l'UE sont différentes des exigences applicables aux autres ressortissants étrangers.

Le terme de la résidence habituelle est défini dans le Code civil de la République de Lituanie.

L'obligation de vivre habituellement dans un lieu veut dire que la personne utilise le logement de manière permanente et paye les charges liées à son utilisation.

L'expression « dans un avenir proche » définit la prochaine période d'imposition.

La résidence habituelle n'est pas forcément la résidence déclarée.

Afin de décider si la personne a droit à l'assurance maladie obligatoire, son éventuelle inscription au registre de la population est prise en compte.

Selon l'explication de la Cour de justice des Communautés européennes, la résidence habituelle de *l'enfant* est déterminée en tenant compte de l'historique de vie de l'enfant dans le pays, la durée et d'autres circonstances et l'intégration de l'enfant dans son environnement.

Quelles sont les conditions à remplir?

Pour déterminer votre résidence habituelle, les facteurs suivants entreront en ligne de compte :

- **la durée de votre présence en Lituanie**, la continuité de votre présence et votre projet de demeurer ou non dans le pays à l'avenir ;
- **votre situation personnelle** : le type d'activité rémunérée et non rémunérée que vous exercez, la durée d'un éventuel contrat de travail et le lieu de travail, votre situation familiale, votre source de revenus, si vous êtes étudiant, votre statut de locataire ou de propriétaire, et l'État membre dans lequel se situe votre résidence fiscale.

Quels sont mes droits et comment les faire valoir?

La plus grande partie des prestations sociales en Lituanie est liée à l'activité de la personne et les précédentes cotisations d'assurance. Seules les cotisations d'assurance maladie sont obligatoires.

Les prestations sociales en espèces, c'est-à-dire les allocations familiales, prestations en cas de décès, aide sociale aux personnes démunies, et les prestations en nature sont attribuées par l'État à tous les résidents indépendamment de leurs cotisations. Les prestations sociales en espèces sont versées à tous les résidents habituels ainsi qu'à tous les citoyens (et aux membres de leur famille) d'un pays de l'UE ou autre auxquels ont été délivrés des documents attestant légalement de leur droit de vivre en Lituanie (*voir Allocations familiales et Aide sociale en espèces pour les personnes démunies*).

Glossaire

- **Période d'imposition** - une période d'imposition correspond à l'année calendaire, mais pour les entreprises, elle est comptée à partir de l'installation ou de la création.
- **Fonds national d'assurance sociale (SoDra)** - principal organe d'administration des régimes d'assurance, sous le ministère de la sécurité sociale et du travail.
- **Registres publics** - registre des contribuables, registre des adresses, registre cadastral et foncier de l'immobilier et autres registres de l'entreprise publique « *Registru centras* » (Centre des registres).

Documents à fournir

- Attestation des registres publics concernant la résidence ;
- selon besoin, autres justificatifs de résidence habituelle (par exemple, le contrat de location).

Connaissez vos droits

Ces liens vous permettront de connaître vos droits. Ce ne sont pas des sites de la Commission européenne et les informations qu'ils contiennent ne reflètent pas forcément le point de vue de la Commission :

- [La législation concernant les prestations sociales](#)
- [Consultations juridiques](#)

Publication de la Commission et sites web :

- [Portée de la sécurité sociale : vos droits à l'étranger en tant que citoyen de l'UE](#)

Contacts

Le Fonds national d'assurance sociale : 1883 ou +37 052500883

Comment prendre contact avec l'Union européenne?

En personne

Dans toute l'Union européenne, des centaines de centres d'information Europe Direct sont à votre disposition. Pour connaître l'adresse du centre le plus proche, visitez la page suivante: europa.eu/european-union/contact_fr

Par téléphone ou courrier électronique

Europe Direct est un service qui répond à vos questions sur l'Union européenne. Vous pouvez prendre contact avec ce service:

- par téléphone: via un numéro gratuit: 00 800 6 7 8 9 10 11 (certains opérateurs facturent cependant ces appels),
- au numéro de standard suivant: +32 22999696;
- par courrier électronique via la page europa.eu/european-union/contact_fr

Comment trouver des informations sur l'Union européenne?

En ligne

Des informations sur l'Union européenne sont disponibles, dans toutes les langues officielles de l'UE, sur le site internet Europa à l'adresse europa.eu/european-union/index_fr

Publications de l'Union européenne

Vous pouvez télécharger ou commander des publications gratuites et payantes à l'adresse publications.europa.eu/fr/publications. Vous pouvez obtenir plusieurs exemplaires de publications gratuites en contactant Europe Direct ou votre centre d'information local (europa.eu/european-union/contact_fr).

Droit de l'Union européenne et documents connexes

Pour accéder aux informations juridiques de l'Union, y compris à l'ensemble du droit de l'UE depuis 1952 dans toutes les versions linguistiques officielles, consultez EUR-Lex à l'adresse suivante: eur-lex.europa.eu

Données ouvertes de l'Union européenne

Le portail des données ouvertes de l'Union européenne (data.europa.eu/euodp/fr) donne accès à des ensembles de données provenant de l'UE. Les données peuvent être téléchargées et réutilisées gratuitement, à des fins commerciales ou non commerciales.

