

Le régime letton de sécurité sociale (salariés)

- A. Introduction
- B. Généralités
- C. Maladie-maternité
- D. Accidents du travail et maladies professionnelles
- E. Vieillesse, Invalidité, Survivants
- F. Chômage
- G. Prestations familiales

A. Introduction

Le système letton de protection sociale couvre contre les risques maladie-maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, chômage, vieillesse, invalidité, survivants et prestations familiales.

La sécurité sociale lettone repose essentiellement sur un régime financé par les cotisations sociales. Ce régime vise les travailleurs salariés mais également les travailleurs indépendants. Toutefois, les travailleurs indépendants ne sont pas couverts pour les risques chômage et accidents du travail-maladies professionnelles. De même, les revenus de référence servant de base de calcul pour certaines prestations diffèrent selon que le bénéficiaire est assuré au titre d'une activité salariée ou indépendante.

Cette note reprend les dispositifs de protection sociale applicables aux travailleurs salariés. Il existe une [note spécifique pour les travailleurs non-salariés](#).

B. Généralités

1) Organisation administrative

Le **Ministère des Affaires Sociales** - Labklājības ministrija, Skolas iela 28, LV-1331 Rīga, www.lm.gov.lv – élabore la politique nationale des assurances sociales à l'exception des soins de santé.

Cette politique est ensuite mise en œuvre par l'**Agence Nationale d'Assurances Sociales** – Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra, Lāčplēša iela 70a, Rīga LV-1011, www.vsaa.lv - et ses bureaux locaux qui assurent la gestion et le paiement des prestations en espèces des assurances maladie-maternité, vieillesse, invalidité, survivants, accidents du travail et maladies professionnelles, chômage. Ils sont également compétents pour le versement des prestations familiales.

Le **Ministère de la Santé** – Veselības ministrija, Brīvības iela 72, Rīga LV- 1011, www.vsm.gov.lv – est chargé d'élaborer la politique nationale en matière de soins de santé que le Service national de santé – Nacionālais veselības dienests, Cēsu iela 31 k-3, LV-1012 Rīga, www.vmnvd.gov.lv - met en œuvre.

L'**Agence Nationale pour l'Emploi** – Nodarbinātības valsts aģentūra, K.Valdemāra iela 38, Rīga LV-1010, www.nva.lv - se borne à inscrire les chômeurs et propose des emplois et des formations. Elle ne sert pas d'allocations chômage.

Le **Service National de l'Impôt** – Valsts ienēmumu Dienests, Smilšu iela 1, Rīga LV-1978, www.vid.gov.lv - recouvre les cotisations sociales et l'impôt sur le revenu.

2) Financement

Le régime letton de sécurité sociale est en majeure partie financé par les cotisations sociales.

Pour les activités salariées, les assurances maladie-maternité, invalidité, vieillesse, survivants, chômage, accidents du travail et maladies professionnelles font l'objet d'une cotisation globale.

Les cotisations sont versées sur la totalité des revenus professionnels.

Le salaire minimum mensuel en Lettonie est de 200 LVL (environ 285 €) pour l'année 2013 (travail correspondant à 40 heures par semaine). Le salaire minimum horaire est égal à 1,203 LVL (cas général), ou 1,375 LVL pour les travailleurs

adolescents et certains travailleurs exposés à des risques particuliers.

LR Centrālā statistikas pārvalde, 2013 www.csb.gov.lv

Les prestations familiales sont financées par l'impôt.

Taux de cotisations salariales et patronales au 1er janvier 2013		
Risque	Employeur	Salarié
Ensemble des risques	24,09 %	11 %

C. Maladie-maternité

Les soins de santé sont servis à toutes les personnes qui résident en permanence en Lettonie. Les personnes exerçant une activité salariée peuvent également prétendre à des indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité.

1) Maladie

a) Prestations en nature

Les soins de santé sont fournis par des prestataires publics ou privés, ayant conclu un contrat avec le Service National de Santé (Nacionālais veselības dienests).

La participation des assurés ne peut pas être supérieure à 400 LVL par année civile pour l'ensemble des soins ambulatoires et hospitaliers (hors coûts de médicaments, lunettes et soins dentaires).

Médecins

Le patient choisit librement son médecin traitant agréé par l'Agence nationale d'assurance santé (une liste des médecins agréés est consultable sur le [site web du Service national de santé](#)).

Toute consultation d'un spécialiste doit avoir été prescrite par le médecin traitant sauf en cas d'urgence et dans certains autres cas ; notamment lorsqu'il s'agit des dentistes pour enfants, gynécologues, oncologues, ophtalmologues, psychiatres (pour certaines maladies psychologiques), pédiatres et des endocrinologues.

Le patient qui s'adresse à un médecin agréé ne fait pas d'avance de frais, il paie simplement une participation de 1 LVL au médecin généraliste et de 3 LVL au spécialiste.

En sont exemptés, les personnes qui se rendent chez le médecin tous les ans pour un examen préventif, les enfants âgés de moins de 18 ans, les femmes enceintes, les victimes de Tchernobyl, les donneurs d'organes, les personnes nécessitant un traitement d'urgence, les personnes présentant un handicap de catégorie I (Cf. assurance invalidité) et les personnes recevant des traitements psychiatriques, les personnes atteintes de tuberculose, syphilis, HIV, ou de maladies contagieuses ainsi que les personnes recevant des traitements chroniques d'hémodialyse, d'hémodiafiltration et de dialyse péritonéale, etc. Par ailleurs, les personnes ayant de très faibles revenus peuvent dans certains cas être exemptées de la participation.

Hospitalisation

Le patient est admis à l'hôpital sur prescription de son médecin traitant ou d'un spécialiste, sauf en cas d'urgence. Le patient a le choix de l'établissement parmi les établissements ayant conclu un contrat avec le Service National de Santé (Nacionālais veselības dienests).

La participation de l'assuré varie en fonction du type d'hôpital et de soins :

- 9,50 LV L par jour à partir du 2ème, dans l'ensemble des hôpitaux (sauf dans les centres de soins infirmiers et dans le Centre Letton de l'Infectiologie)

- 5 LVL par jour pour les traitements effectués dans les centres de soins infirmiers ainsi que tous les traitements liés aux infections, à la tuberculose, aux maladies pulmonaires, à l'oncologie et à la désintoxication.

Ces frais sont fixés dans la limite de 250 LVL par période d'hospitalisation.

En sont exemptés, les personnes qui se rendent chez le médecin tous les ans pour un examen préventif, les enfants âgés de moins de 18 ans, les femmes enceintes, les victimes de Tchernobyl, les donneurs d'organes, les personnes nécessitant un traitement d'urgence, les personnes présentant un handicap de catégorie I (Cf. assurance invalidité) et les personnes recevant certains traitements psychiatriques, les personnes atteintes de tuberculose, syphilis, HIV, ou de maladies contagieuses ainsi que les personnes recevant des traitements chroniques d'hémodialyse, d'hémodiafiltration et de dialyse péritonéale, etc. Par ailleurs, les personnes ayant de très faibles revenus peuvent dans certains cas être exemptées de la participation.

Enfin, l'établissement peut demander une participation supplémentaire du patient de 30 LVL maximum pour les actes chirurgicaux pendant l'hospitalisation (sauf pour les personnes qui sont exemptées de la participation du patient).

Soins dentaires

Les soins dentaires pour les enfants âgés de moins de 18 ans, et les traitements d'orthodonties des enfants âgés de moins de 22 ans lorsqu'ils sont atteints d'une fente labiale, sont gratuits. Les soins et les traitements dentaires doivent être fournis par un dentiste ayant conclu un accord avec le Service National de Santé (Nacionālais veselības dienests). Les accidentés de Tchernobyl bénéficient d'une prise en charge de 50 % de leurs frais dentaires et de 100 % de leurs prothèses.

Dans tous les autres cas, les frais dentaires et les prothèses dentaires restent à la charge entière des assurés.

Produits pharmaceutiques

La prise en charge des médicaments est assurée compte tenu de la maladie de l'assuré. Les médicaments remboursables sont listés en trois catégories distinctes :

- catégorie 1 - maladies graves : 100 % remboursables lorsque le médicament assure la vie du patient
- catégorie 2 – maladies chroniques : 75 % remboursables lorsque le médicament est nécessaire pour maintenir la santé du patient
- catégorie 3 – maladies aiguës et chroniques : 50 % remboursables lorsque le médicament est nécessaire afin d'améliorer la santé du patient.

Les médicaments fournis par la pharmacie peuvent dans certains cas être soumis à un paiement forfaitaire s'élevant à 0,50 LVL par ordonnance.

- Voir la [liste des médicaments remboursables](#).

b) Prestations en espèces

Le régime letton de sécurité sociale prévoit le versement d'indemnités journalières de maladie aux travailleurs salariés en cas d'incapacité temporaire pour maladie.

Il convient de présenter un arrêt de travail du médecin traitant dès le premier jour d'arrêt. Il n'existe pas de conditions de stage et les prestations en espèces sont servies après un délai de carence de un jour.

L'employeur verse les indemnités journalières pendant le 2ème et le 3ème jour à un taux de 75 % du salaire moyen ; et du 4ème au 10ème jour au taux de 80 % du salaire moyen.

À partir du 11ème jour d'arrêt de travail du salarié, l'Agence nationale d'assurances sociales (VSAA) verse une indemnité journalière de 80 % du revenu brut moyen ayant donné lieu à cotisations durant une période de référence de 12 mois qui se termine 2 mois avant celui du début de l'incapacité.

Mesure de restriction du 1er janvier 2010 jusqu'au 31 décembre 2014 : les prestations dont les montants excèdent 11,51 LVL par jour, seront limitées à 11,51 LVL plus 50 % du montant excédentaire.

Les indemnités journalières sont versées pendant 26 semaines maximum si l'arrêt de travail est ininterrompu. Il existe une possibilité de prolongation, sans excéder 52 semaines. Enfin, les indemnités sont versées pendant au maximum 52 semaines sur une période de trois ans en cas d'interruption.

Le parent qui s'occupe d'un **enfant malade** âgé de moins de 14 ans, ouvre droit aux indemnités journalières à partir du 1er jour jusqu'au 14ème jour de l'arrêt de travail, et ensuite du 15ème au 21ème jour lorsque l'enfant a reçu des traitements/soins à l'hôpital.

Où faire sa demande d'indemnité?

La demande d'indemnités doit être présentée auprès d'un des bureaux de [l'Agence nationale d'assurances sociales \(VSAA\)](#), au plus tard dans un délai d'un an suivant le premier jour de l'incapacité temporaire.

2) Maternité

a) Prestations en nature

Les prestations sont servies dans le cadre de l'assurance maladie.

b) Prestations en espèces

Indemnité de maternité

Les indemnités de maternité sont servies aux salariées sans condition particulière de stage.

La mère assurée bénéficie de 112 jours de congé de maternité dont la moitié (56 jours) doit être pris avant la naissance de l'enfant. La période de versement prénatal est prolongée de 14 jours lorsque l'assurée est soumise à une surveillance médicale depuis la 12ème semaine de grossesse.

De plus, la période de versement postnatal est également prolongée de 14 jours en cas de naissances multiples ou de complications de santé pendant la grossesse ou à la suite de la naissance.

La durée de versement de l'indemnité de maternité est limitée à 140 jours.

Le montant des indemnités journalières correspond à 80 % du salaire brut moyen cotisable de l'assurée, calculé sur la dernière période de 12 mois calendaires se terminant deux mois avant celui du début du congé.

Depuis le 1er janvier 2013, l'indemnité journalière dont le montant excède 23,02 LVL est limitée à 23,02 LVL par jour calendaire plus 50 % du montant excédentaire.

Où faire sa demande d'indemnité?

La demande d'indemnités doit être présentée auprès d'un des bureaux de [l'Agence nationale d'assurances sociales \(VSAA\)](#), au plus tard dans un délai d'un an suivant le premier jour du congé maternité.

Indemnité de paternité

Le père peut prétendre à 10 jours de congé indemnisé à la naissance de son enfant jusqu'à l'âge de 2 mois de l'enfant.

Le montant de l'indemnité de paternité est calculé de la même manière que celui de l'indemnité de maternité (voir ci-dessus).

À compter du 1er janvier 2013, l'indemnité journalière dont le montant excède 23,02 LVL sera limitée à 23,02 LVL par jour calendaire plus 50 % du montant excédentaire.

Où faire sa demande d'indemnité?

La demande d'indemnité doit être présentée auprès d'un des bureaux de [l'Agence nationale d'assurances sociales \(VSAA\)](#), au plus tard dans un délai d'un an suivant le premier jour du congé de paternité.

Indemnité parentale d'éducation

Le parent qui le souhaite, peut prendre un **congé parental d'éducation** pour élever son enfant âgé de moins d'un an et percevoir une indemnité d'un montant de 70 % du salaire brut moyen sur lequel les cotisations ont été versées pendant les 12 mois précédant immédiatement les deux derniers mois avant le début du congé.

Le montant de l'indemnité ne peut pas être inférieur à 100 LVL par mois en 2013 (ou 3,29 LVL par jour calendaire).

À compter du 1er janvier 2013, l'indemnité journalière dont le montant excède 23,02 LVL sera limitée à 23,02 LVL par jour calendaire plus 50 % du montant excédentaire.

En cas de naissances multiples, le parent bénéficie d'un supplément mensuel de 100 LVL en 2013 par enfant à partir du 2ème.

D. Accidents du travail et maladies professionnelles

a) Champ d'application, conditions générales

L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles vise les travailleurs salariés.

Sont reconnus comme accidents du travail, les dommages survenus sur le lieu et pendant le temps de travail, ou qui en sont la conséquence. Les accidents de trajet ne sont couverts que lorsque le salarié utilise un véhicule appartenant à l'employeur.

Les maladies professionnelles font l'objet d'une liste. Toutefois, sans figurer sur une liste, les lésions corporelles et les troubles fonctionnels qui sont la conséquence directe de l'activité exercée par le travailleur, peuvent également être reconnus comme maladies professionnelles.

Les prestations pour accident du travail sont servies sans condition de stage. Pour pouvoir en bénéficier en cas de maladie professionnelle, l'assuré doit justifier d'au minimum 3 ans d'assurance.

b) Prestations en nature

En cas d'accident du travail, les soins de santé sont totalement pris en charge par l'assurance. Aucune participation n'est due par l'assuré.

c) Prestations en espèces

Incapacité temporaire

L'assuré bénéficie d'une indemnité journalière versée par l'Agence Nationale d'Assurances Sociales, dont le montant est égal à 80 % du salaire brut moyen ayant donné lieu à versement de cotisations durant une période de 12 mois précédant immédiatement les deux derniers mois avant la survenance de l'incapacité temporaire, à partir du :

- 11ème jour suivant la réalisation du risque, en cas d'accident du travail *
- jour de la constatation du risque, en cas de maladie professionnelle.

* du 2ème au 10ème jour d'incapacité, les indemnités sont payées par l'employeur.

Pour toute prestation accordée avant le 31 décembre 2014, les prestations journalières dont les montants excèdent 11,51 LVL par jour, seront limitées à 11,51 LVL plus 50 % du montant excédentaire.

Incapacité permanente

Depuis le 1er janvier 2010, l'incapacité permanente suppose une réduction de la capacité de travail d'au moins 25 % (jusqu'en 2009 ce taux minimum était fixé à 10 %).

Le montant de la rente tient compte de la réduction de la capacité de travail et du salaire brut moyen cotisable durant la période de 12 mois précédant immédiatement les deux derniers mois avant la survenance de l'incapacité.

Réduction de la capacité de travail	Taux du salaire
100 %	80 %
90 à 99 %	75 %
80 à 89 %	70 %
70 à 79 %	65 %
60 à 69 %	60 %
50 à 59 %	55 %
40 à 49 %	50 %
30 à 39 %	45 %
25 à 29 %	35 %

Une majoration allant jusqu'à 50 % de la rente peut être accordée lorsque l'assuré requiert l'assistance d'une tierce personne.

La rente ne peut pas être cumulée avec la pension d'invalidité, avec une prestation de chômage ou la pension de réversion. Le cumul est admis avec la pension de vieillesse mais la rente dans ce cas est minorée.

Survivants

En cas de décès de l'assuré des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, peuvent se prévaloir d'une pension de réversion, les membres de famille qui se trouvent en situation d'incapacité de travail et qui étaient à la charge de l'assuré décédé.

S'agissant du **conjoint survivant**, seul le conjoint survivant en situation d'incapacité de travail et totalement ou partiellement à la charge de l'assuré peut obtenir une pension mensuelle d'un montant maximum de 25 % du salaire mensuel moyen de l'assuré décédé sur lesquels des cotisations ont été recouvrées pendant une période de 12 mois précédant immédiatement les deux derniers mois avant la survenance du risque.

Cette allocation est versée jusqu'à la date à laquelle le défunt aurait atteint l'âge légal de la retraite.

Les **orphelins** âgés de moins de 18 ans, de moins de 24 ans s'ils poursuivent des études à plein temps et les orphelins handicapés sans limite d'âge si le handicap est survenu avant l'âge de 18 ans, peuvent ouvrir droit à une pension. Peuvent également y ouvrir droit sous certaines conditions, les frères, sœurs, parents, grands-parents et petits-enfants lorsque ceux-ci étaient dépendants de l'assuré décédé.

Le montant de la pension correspond à un pourcentage de la moyenne des salaires mensuels bruts de l'assuré sur lesquels des cotisations ont été versées pendant une période de 12 mois précédant immédiatement les deux derniers mois avant la survenance du risque.

Orphelins de père **ou** de mère :

- un enfant : 25 % du revenu de référence
- deux enfants : 35 % du revenu de référence
- trois enfants : 45 % du revenu de référence
- à partir de quatre enfants : 55 % du revenu de référence.

Orphelins de père **et** de mère :

- un enfant : 40 % du revenu de référence
- deux enfants : 50 % du revenu de référence
- trois enfants : 60 % du revenu de référence
- à partir de quatre enfants : 70 % du revenu de référence.

A noter :

Le montant total des pensions de réversion de tous les ayants-droit ne peut pas être supérieur à 80 % du salaire brut mensuel moyen de l'assuré décédé.

E. Vieillesse, Invalidité, Survivants

1) Vieillesse

Le régime obligatoire de vieillesse letton repose sur deux piliers et vise tous les travailleurs exerçant une activité professionnelle.

Le **premier pilier**, basé sur un régime par répartition, est un système à comptes notionnels introduit le 1er janvier 1996 et financé par les cotisations sociales. Les contributions servent à financer les pensions de la génération actuelle de retraités.

Le **deuxième pilier**, mis en application à compter du 1er juillet 2001, est un système de retraite par capitalisation. La nouveauté réside dans le mode de calcul de la pension de vieillesse : elle est calculée à partir des cotisations réellement versées au compte de l'assuré durant toute sa vie active auprès d'un fonds de pension public ou privé selon son choix.

L'assuré a la possibilité de changer de gestionnaire de fonds une fois par an à sa convenance.

Les gestionnaires de fonds privés sont sous la tutelle de la *Finance and Capital Market Commission*. Le Trésor de l'Etat (gestionnaire public) est soumis à la supervision du Ministère des Finances.

La participation au 2ème pilier est **obligatoire pour** tous les assurés qui au 1er juillet 2001 n'avaient pas atteint l'âge de 30 ans (nés à partir du 2 juillet 1971). Elle est facultative* pour les personnes qui, au 1er juillet 2001, étaient âgées entre 30 et 49 ans (personnes nées du 2 juillet 1952 au 1er juillet 1971).

*les personnes qui souhaitent adhérer au 2ème pilier, doivent en faire la demande auprès de l'Agence Nationale d'Assurances Sociales.

Les assurés du 2ème pilier ne paient pas de cotisations sociales supplémentaires. Le taux de la cotisation de 20 % prélevé par l'Etat au titre de l'assurance vieillesse est fixe et le montant est redistribué entre le 1er et le 2ème pilier. Depuis 2012, 14 % sur les 20 % financent le 1er pilier et 6 % financent le 2ème pilier.

L'introduction du 2ème pilier a entraîné la mise en place d'une période transitoire de 48 mois (1er janvier 1996 au 31 décembre 1999) se répercutant dans le calcul de la pension de vieillesse.

À côté de ces deux piliers obligatoires, il existe depuis le 1er juillet 1998 un **troisième pilier** non obligatoire financé par les cotisations volontaires.

a) Conditions (1er et 2ème piliers)

L'âge légal de la retraite est fixé à 62 ans pour les hommes et les femmes. L'assuré doit justifier d'au moins 10 ans d'affiliation.

b) Montant

La pension de vieillesse est soumise à l'impôt.

1er pilier :

Le montant de la pension de vieillesse tient compte :

- de l'âge de l'assuré
- des périodes d'assurance jusqu'au 1er janvier 1996
- du capital retraite cumulé depuis le 1er janvier 1996
- du revenu cotisable moyen entre 1996 et 1999 compris.

La pension annuelle (**P**) est égale au capital retraite cumulé (**K**) divisé par le nombre d'années d'affiliation (**G**). **P = K/G**

Pendant la période transitoire, le montant de la pension est égal au capital de départ (Ks) - correspondant aux cotisations moyennes des 48 mois multiplié par la durée d'affiliation depuis le 1er janvier 1995 auquel on applique un coefficient de 0,2 % - plus le capital retraite cumulé (K) divisé par la durée d'affiliation (G). **P= Ks +K/G**

2ème pilier :

Au moment de la retraite, le pensionné peut opter pour un transfert de son capital retraite vers le 1er pilier ou demander à la compagnie d'assurance choisie de lui servir une rente correspondant au capital retraite cumulé.

Pension minimale

- Pour une durée d'affiliation de 20 ans ou moins : la pension minimale est égale à 1,1 fois la prestation nationale de sécurité sociale soit 49,50 LVL par mois (82,50 LVL pour une personne handicapée depuis l'enfance).
- Pour une durée d'affiliation entre 21 et 30 ans : la pension minimale est égale à 1,3 fois la prestation nationale de sécurité sociale soit 58,50 LVL par mois (97,50 LVL pour une personne handicapée depuis l'enfance).
- Pour une durée d'affiliation entre 31 et 40 ans : la pension minimale est égale à 1,5 fois la prestation nationale de sécurité sociale soit 67,50 LVL par mois (112,50 LVL pour une personne handicapée depuis l'enfance).
- Pour une durée d'affiliation d'au moins 41 ans : la pension minimale est égale à 1,7 fois la prestation nationale de sécurité sociale soit 76,50 LVL par mois (127,50 LVL pour une personne handicapée depuis l'enfance).

c) Anticipation

Les personnes qui justifient d'au moins 30 ans d'assurance peuvent prétendre à la retraite anticipée deux ans avant l'âge légal de la retraite (une suppression de cette possibilité est cependant prévue à partir du 1er janvier 2014).

De plus, une pension anticipée peut être servie à partir de l'âge de 57 ans ou plus dans certains cas particuliers (femmes ayant élevé au moins 5 enfants ou un enfant handicapé, personnes ayant travaillé dans des conditions difficiles, accidentés de Tchernobyl, etc.) et lorsque l'intéressé remplit des conditions de périodes d'affiliation spécifiques.

Depuis le 1er juillet 2009, le montant de la pension anticipée est limité à 50 % de la pension normale des personnes liquidant leur pension après cette date.

d) Prorogation

L'assuré peut continuer à exercer son activité professionnelle après l'âge légal de la retraite sans limite.

2) Invalidité

a) Conditions

L'assurance invalidité vise les travailleurs qui résident en Lettonie et qui justifient d'un minimum de trois ans d'assurance et présentent un taux d'incapacité d'au moins 25 %.

L'incapacité est classée selon trois catégories différentes. La pension d'invalidité tient compte de la durée d'affiliation, des revenus ayant fait l'objet de cotisations et du degré de l'incapacité.

À l'âge de la retraite, la pension d'invalidité est transformée en pension de vieillesse.

b) Montant

Le montant de la pension d'invalidité (1ère et 2ème catégories d'incapacité) tient compte du salaire brut moyen cotisable de 36 mois consécutifs choisis au cours des 5 ans qui précèdent l'ouverture des droits à la pension (**Vi**), du nombre d'années d'affiliation de l'assuré (**ASi**), et du nombre d'années d'assurance maximum possible entre l'âge de 15 ans et l'âge légal de la retraite (**ASie**).

Si la personne est employée depuis moins de 36 mois au cours des 5 ans qui précèdent l'ouverture des droits à la pension, le salaire brut moyen doit être calculé en fonction du nombre réel de mois d'emploi. Enfin, si la personne n'a exercé aucun emploi au cours des 5 ans qui précèdent l'ouverture des droits à la pension, une pension minimale d'un montant fixe en fonction du degré du handicap sera accordée.

- **Catégorie I** : degré élevé d'incapacité nécessitant l'assistance d'une tierce personne. La pension est égale à $0,45 \times Vi + (ASi / ASie) \times Vi \times 0,1$
- **Catégorie II** : degré élevé d'incapacité. La pension est égale à $0,40 \times Vi + (ASi / ASie) \times Vi \times 0,1$
- **Catégorie III** : incapacité modérée. Le montant de l'allocation servie correspond à la prestation nationale de sécurité sociale soit 45 LVL par mois ou 75 LVL par mois pour une personne dont le handicap est survenu pendant l'enfance.

Pension minimale

- **Catégorie I** : 1,6 fois la prestation nationale de sécurité sociale, soit 72 LVL par mois en cas général ou 120 LVL pour une personne handicapée depuis l'enfance.
- **Catégorie II** : 1,4 fois la prestation nationale de sécurité sociale, soit 63 LVL par mois en cas général ou 105 LVL pour une personne handicapée depuis l'enfance.
- **Catégorie III** : 100 % du montant de la prestation nationale de sécurité sociale soit 45 LVL par mois (75 LVL par mois pour une personne dont le handicap est survenu pendant l'enfance).

c) Allocation de transport pour personnes à mobilité réduite

Cette allocation est versée deux fois par an, à savoir 56 LVL tous les 6 mois à compter de la date de délivrance de l'avis médical par la *State Medical Commission for Expert-Examinations of Health and Working Ability*.

La prestation peut également être versée à la personne ayant la charge d'un enfant à mobilité réduite.

d) Accidentés de Tchernobyl

En 2013, le montant mensuel de l'indemnité est de 60 LVL.

e) Allocation pour personnes nécessitant des soins spéciaux

Cette allocation est accordée en faveur des personnes handicapées âgées de plus de 18 ans à la suite d'une évaluation favorable de la nécessité d'un traitement ou de soins spéciaux faite par la *State Medical Commission for the Assessment of Health Condition and Working Ability (VDEĀK)*.

Le montant mensuel de l'allocation en 2013 est égal à 100 LVL.

3) Survivants

a) Pension de survivants

Les pensions de survivants visent les enfants de l'assuré décédé et dans des conditions strictes le conjoint survivant, les frères, sœurs et petits-enfants.

La demande de la pension se fait auprès d'un des offices locaux de l'Agence Nationale d'Assurances Sociales.

Conditions

Peuvent prétendre à une pension de survivants, les enfants âgés de moins de 18 ans (24 ans s'ils poursuivent des études à plein temps) et les enfants handicapés quel que soit leur âge si le handicap est survenu avant l'âge de 18 ans.

Peuvent également y prétendre, les frères, sœurs et petits-enfants, qui tout en remplissant les conditions d'âge requises pour les enfants du défunt, étaient précédemment à la charge de ce dernier et dont aucun parent ne peut travailler et qui sont eux-mêmes dans l'impossibilité d'exercer un travail.

Le conjoint survivant peut prétendre à une prestation de survivant lorsque :

- le conjoint bénéficiaire d'une pension est décédé après le 1er janvier 2007 **et**
- au moment du décès, le conjoint survivant était également titulaire d'une pension.

Montants

Le montant de la pension de survivant correspond à un pourcentage de la pension de vieillesse qu'aurait perçue l'assuré décédé compte tenu du nombre de survivants.

Orphelins de père ou de mère

- Un enfant : 50 %
- Deux enfants : 75 %
- À partir de trois enfants : 90 %.

Orphelins de père et de mère

La pension est calculée en fonction du montant total des deux pensions de vieillesse qu'auraient perçues les parents décédés.

Pension minimale

Le montant de la pension de survivant ne peut pas être inférieur à 65 % de la prestation nationale de sécurité sociale pour chaque enfant, soit 29,25 LVL (48,75 LVL pour une personne handicapée depuis l'enfance).

Conjoint survivant

Un montant forfaitaire correspondant à 2 fois la pension mensuelle de l'assuré décédé, sera attribué au conjoint survivant qui remplit les conditions requises (voir conditions ci-dessus).

b) Allocation de décès

Une allocation de décès peut être servie aux membres de famille de la personne décédée ou à la personne qui s'est chargée d'organiser les funérailles.

Le montant de l'allocation est fonction de la situation antérieure de la personne décédée. Il est égal à :

- deux fois le salaire mensuel moyen soumis à des cotisations (règle générale), **ou**
- deux fois la pension mensuelle lorsque la personne décédée était pensionnée, **ou**
- trois fois le montant de la prestation nationale de sécurité sociale qui est de 45 LVL en 2013 (75 LVL pour les personnes handicapées depuis l'enfance) lorsque la personne décédée était titulaire d'une prestation de chômage ou lorsque la personne décédée était membre de famille à charge d'un assuré.

Où faire sa demande d'allocation ?

La demande d'allocation doit être présentée auprès d'un des bureaux locaux de [l'Agence nationale d'assurances sociales \(VSAA\)](#), au plus tard dans un délai de 12 mois suivant le jour du décès.

F. Chômage

a) Conditions et champ d'application

L'allocation de chômage vise les travailleurs salariés. Il n'existe pas de possibilité d'assurance volontaire.

Pour pouvoir bénéficier des prestations de chômage, il convient de remplir les conditions suivantes :

- justifier d'au moins 1 an d'affiliation et du paiement d'au moins 9 mois de cotisations au cours des 12 derniers mois précédant immédiatement l'inscription au chômage *
- être au chômage, apte au travail et disponible sur le marché de l'emploi
- être âgé(e) entre 15 ans et l'âge légal de la retraite
- être inscrit(e) comme demandeur d'emploi auprès d'un des offices locaux de l'Agence Nationale d'Emploi
- chercher activement un emploi et être disposé(e) à accepter un emploi convenable ou suivre une formation proposée.

* Peuvent également bénéficier des prestations de chômage (sans remplir la condition de versement de cotisations) :

- les personnes ayant élevé un enfant jusqu'à l'âge d'un an et demi et pendant ce temps avaient bénéficié d'une prestation parentale d'éducation
- les personnes ayant bénéficié de prestations pour incapacité ou qui se sont occupées d'un enfant handicapé âgé de moins de 16 ans.

Il n'existe pas de possibilité de cumul avec des indemnités parentales ou de maladie ou avec une pension de vieillesse anticipée.

Où faire sa demande d'allocation ?

La demande d'allocation chômage peut être présentée auprès d'un des offices locaux de [l'Agence nationale pour l'emploi](#) ou de [l'Agence nationale d'assurances sociales \(VSAA\)](#).

Il convient de noter que l'Agence nationale d'assurances sociales est l'organisme compétent pour le versement des prestations.

b) Montant

L'allocation chômage est servie proportionnellement à la période d'assurance et au salaire brut moyen ayant fait l'objet de versement de cotisations au cours des 12 mois précédant immédiatement les 2 derniers mois avant celui de l'inscription au chômage.

Toutefois, si la moyenne du salaire cotisable varie au cours des 12 mois de référence, les deux mois pendant lesquels l'intéressé avait perçu les salaires le plus faible et le plus élevé, ne seront pas pris en compte pour le calcul.

Durée d'affiliation (années)	Montant de l'allocation (pourcentage du revenu de référence)
1-9	50 %
10-19	55 %
20-29	60 %

Durée d'affiliation (années)	Montant de l'allocation (pourcentage du revenu de référence)
à partir de 30	65 %

Le montant de l'allocation diminue au fur et à mesure dans le temps :

- pendant les 3 premiers mois : 100 %
- pour les 3 mois suivants : 75 %
- pour les 3 derniers mois : 50 %.

Aucune modification du plafond des prestations n'a eu lieu pour l'année 2013 ; les prestations dont les montants excèdent 11,51 LVL par jour, sont limitées à 11,51 LVL plus 50 % du montant excédentaire. Ce plafond est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2014.

c) Durée de versement

Depuis le 1er janvier 2013, la durée de versement de l'allocation chômage n'est plus fonction de la durée d'affiliation du bénéficiaire. La durée de versement maximum pour les nouvelles demandes est actuellement fixée à 9 mois.

G. Prestations familiales

Les prestations familiales sont servies sous conditions de résidence en Lettonie.

Où faire sa demande?

La demande de prestations familiales se fait auprès d'un des offices locaux de [l'Agence nationale d'assurances sociales \(VSAA\)](#).

Pour la demande d'allocation de naissance, celle-ci doit être introduite au plus tard dans un délai d'un an suivant la date de la naissance ou de la prise en charge de l'enfant.

1) Allocations familiales

Les allocations familiales sont attribuées à la personne qui élève un enfant âgé de 1 à 15 ans ou de moins de 19 ans en cas de poursuite de la scolarité, pour un montant forfaitaire de 8 LVL par mois et par enfant (ce montant est applicable depuis le 1er juillet 2009 et jusqu'au 31 décembre 2014). Un supplément de 75 LVL est alloué pour les enfants handicapés âgés de moins de 18 ans.

De plus, un supplément mensuel de 75 LVL est alloué pour chaque enfant âgé de moins de 18 ans étant atteint de la maladie cœliaque (intolérance au gluten), mais qui n'ouvre pas droit au supplément pour enfants handicapés.

2) Allocation parentale d'éducation

L'allocation parentale d'éducation est versée au parent qui n'exerce aucune activité salariée ou non-salariée lorsqu'il élève un enfant âgé de moins d'un an, ou indépendamment de son activité professionnelle lorsque l'enfant a entre un et deux ans.

Bénéficiaire	Durée de versement	Montant mensuel en 2012	Montant mensuel en 2013
Parents sans activité professionnelle	Jusqu'à l'âge d'un an de l'enfant	50 LVL	100 LVL
	Entre l'âge d'un an et un an et	30 LVL	100 LVL

Bénéficiaire	Durée de versement	Montant mensuel en 2012	Montant mensuel en 2013
Tous les parents (exerçant ou non une activité professionnelle)	demi de l'enfant		
	Entre l'âge d'un an et demi et 2 ans de l'enfant	30 LVL	30 LVL

Un **supplément** mensuel à l'allocation parentale d'éducation est accordée en cas de naissances multiples : en 2013 son montant est de 100 LVL par enfant à partir du 2ème enfant pour les parents qui élèvent des enfants âgés de moins de un an et demi, et de 30 LVL par enfant à partir du 2ème pour les parents qui élèvent des enfants âgés entre un an et demi et deux ans.

Cependant, l'allocation parentale d'éducation ne peut pas être servie si un des parents de l'enfant bénéficie déjà d'une indemnité de maternité ou d'une indemnité parentale pour la même période.

3) Allocation de soins pour enfant handicapé

Accordée mensuellement à la personne (parent ou autre personne) qui soigne un enfant handicapé âgé de moins de 18 ans qui nécessite une aide afin de subvenir à ses besoins fondamentaux. L'ouverture de droit à l'allocation n'exige pas une cessation de travail du bénéficiaire.

Le montant de l'allocation en 2013 s'élève à 150 LVL par mois.

4) Allocation de naissance

Une prestation forfaitaire est accordée à l'un des deux parents ou à toute personne ayant à sa charge un enfant âgé de moins d'un an. L'allocation peut être accordée au plus tôt à partir du 8ème jour suivant la naissance ou la prise en charge de l'enfant.

Le montant de la prestation est égal à 296 LVL pour chaque enfant.