



SERVICE SOCIAL DES SERVICES DU GOUVERNEMENT WALLON A.S.B.L.
Rue Dewez, 49 – 5000 NAMUR

Bulletin d'informations générales FRAIS JURIDIQUES

REMARQUES IMPORTANTES

Il y a lieu de compléter ce bulletin lors de votre première demande et une fois par an par la suite (sauf dans le cas de revenus irréguliers)

Il est important de nous signaler chaque modification familiale/juridique et/ou financière.

1. IDENTITE DE L'AGENT

Nom et Prénom :

Date de naissance :état civil :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : Domicile :Bureau :

GSM :

Employeur :

Adresse du lieu de travail effectif :

Grade :

Téléphone :

Date d'entrée en service :

Date de la pension :

Handicap de + de 66 % : oui non (1) Vipo : oui non (1)

Numéro de compte : --- / ----- / --

Ouvert au nom de :

(ne pas oublier de signaler tout changement éventuel !)

(1) : Biffer la mention inutile

2. SITUATION FAMILIALE

| « Personnes habitant sous le même toit que l'agent et y étant domiciliées » | Situation sociale et professionnelle | Handicap 66 % | Vipo |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Conjoint | profession – nom et adresse employeur | | |
| nom et prénom : | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI |
| date de naissance : | | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON |
| Enfant (*) | bénéficiaire d'allocations familiales (*) | | |
| nom et prénom | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI |
| date de naissance : | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON |
| Enfant (*) | bénéficiaire d'allocations familiales (*) | | |
| nom et prénom | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI |
| date de naissance : | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON |
| Enfant (*) | bénéficiaire d'allocations familiales (*) | | |
| nom et prénom | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI |
| date de naissance : | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON |
| Enfant (*) | bénéficiaire d'allocations familiales (*) | | |
| nom et prénom | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI |
| date de naissance : | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON |
| Autre | Situation socio-professionnelle | | |
| Lien de famille : | | | |
| nom et prénom : | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI |
| date de naissance : | | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON |
| Autre | Situation socio-professionnelle | | |
| Lien de famille : | | | |
| nom et prénom : | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> OUI |
| date de naissance : | | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> NON |

3. SITUATION FINANCIERE

Revenus pris en considération pour le calcul
du pourcentage d'intervention auquel vous pouvez prétendre.

Nature des ressources

montant mensuel net

| Nature des ressources | montant mensuel net |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Agent | |
| traitement : | |
| pension : | |
| chômage : | |
| mutuelle : | |
| Prime de fin d'année /12 | |
| Pécule de vacances /12 | |
| Conjoint | |
| traitement : | |
| pension : | |
| chômage : | |
| mutuelle : | |
| Prime de fin d'année /12 | |
| Pécule de vacances /12 | |
| Loyer(s) perçu(s) pour toute propriété appartenant à l'agent, à son conjoint ou possédé en indivision : | |
| Rentes diverses : | |
| Revenus perçus par toute autre personne composant le ménage et domiciliée sous son toit : | |
| TOTAL : | |

4. AUTRES RESSOURCES FINANCIERES

Depuis le 1^{er} janvier 1998, les allocations familiales et les pensions alimentaires ne sont plus prises en compte dans le calcul du pourcentage d'intervention auquel vous pouvez prétendre.

Néanmoins, nous vous demandons de les mentionner à titre indicatif.

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| 1. Allocations familiales | montant mensuel net : | |
| 2. Pension(s) alimentaires(s) | montant mensuel net | Enfant(s) bénéficiaires(s) |
| Payées par : <input type="checkbox"/> l'agent <input type="checkbox"/> le conjoint | | nom et prénom : Adresse : |
| Reçues pour les enfants composant le ménage | | nom et prénom : adresse : |

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète et j'autorise le Service Social à effectuer les contrôles qu'il juge nécessaires.

Date et signature :

N'oubliez pas de joindre :

- le dernier avertissement extrait de rôle ;
- votre dernière fiche de traitement ainsi que celle de votre conjoint ;
- le cas échéant, l'attestation de handicap > 66 %.