



## FORMULAIRE 14 : Aide Individuelle

Nom et Prénom du membre du personnel : .....	
N° de registre national : .....	
Etat civil : .....	
Adresse : .....	N° : .....
Code postal : .....	Localité : .....
TEL : .....	GSM : .....
MAIL : .....	
N° de compte bancaire IBAN : BE ____ _	
Nom et Prénom du titulaire du compte : .....	

---

Etablissement : .....
Fonction : .....
Statut : .....
N° de matricule : .....
Service qui paie le traitement (mettre une croix dans la case correspondante) :
<input type="checkbox"/> Service de fixation et liquidation des traitements (Direction Déconcentrée)
<input type="checkbox"/> Service comptable du contentieux
<input type="checkbox"/> L'établissement



**Bénéficiaires directs = membres du personnel de l'enseignement en fonction dans un établissement scolaire organisé par Wallonie-Bruxelles Enseignement (WBE)**



*Composition de ménage*

	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Lien de parenté</b>	<b>Allocations familiales ou à charge</b>
Conjoint ou cohabitant légal/de fait	.....	.....	.....	.....	OUI/NON
Enfants					
1	.....	.....	.....	.....	OUI/NON
2	.....	.....	.....	.....	OUI/NON
3	.....	.....	.....	.....	OUI/NON
4	.....	.....	.....	.....	OUI/NON
Ascendants si à charge	.....	.....	.....	.....	/

*Quel soutien souhaitez-vous ?*

- Une aide sociale et juridique
- Une aide financière non remboursable
- Un prêt social à 0% d'intérêt

*Expliquez brièvement les motifs de votre demande et le montant souhaité si une aide remboursable ou non vous semble être la solution la plus adéquate.*

.....

.....

.....

.....

.....



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Mutualité & assurance soins de santé (en cas de demande d'intervention dans vos frais médicaux)*

	<b>Membre du personnel</b>	<b>Conjoint/cohabitant</b>
Nom de la mutualité		
Adresse		
N° affiliation		
Avez-vous souscrit à une assurance hospitalisation ?		
Laquelle ?		
Bénéficiez-vous du Maximum à Facturer ? OUI - NON		
Si oui, Montant du plafond ?		
A-t-il été atteint cette année ?		



*Documents à joindre au formulaire 14*

- Une composition de ménage récente (moins de 6 mois) ;
- Copie du jugement attestant de la garde partagée des enfants s'ils ne sont pas repris sur votre composition de ménage ;
- Un seul et unique document de format A4 au bas duquel doit être apposée une mention manuscrite de votre part « Lu et approuvé pour paiement », avec votre signature, et date de cette signature, et reprenant copie :
  - recto-verso de votre carte d'identité,
  - recto-verso de votre carte bancaire sur laquelle figurent clairement vos nom et prénom, ainsi que le code IBAN de votre compte bancaire ;
- La **grille budgétaire** dans le cas d'une aide non remboursable ou d'un prêt social
- Les pièces justificatives des revenus et grosses dépenses du ménage ;
- Les pièces justificatives de l'objet de la demande (factures, devis, etc) ;
- Copie de l'attestation de reconnaissance d'un handicap éventuel.
- Pour tous frais médicaux, les justificatifs émanant de l'organisme de mutuelle et de la compagnie d'assurance éventuelle spécifiant le montant de leur intervention ou leur non-intervention + Copie de l'attestation de la mutuelle concernant le MAF éventuel.

Je déclare également sur l'honneur que la demande introduite en matière de frais médicaux ne concerne que les frais restants à ma charge, déduction faite des remboursements de la mutuelle (obligatoire et complémentaire), dans le cadre des accidents de travail et des maladies professionnelles et d'une assurance soins de santé.

Je certifie sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète et que je ne bénéficie pas d'un avantage similaire octroyé par un autre organisme, assurance ou service social.

Je m'engage à faire part au service social de toutes les modifications de situation familiale et/ou pécuniaire.

Fait à..... Le ...../...../.....

Signature