



FORMULAIRE 1 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A n'envoyer qu'une seule fois sur l'année scolaire avec la 1^{ère} demande d'intervention en frais médicaux si cette demande est la 1^{ère} demande de l'année scolaire

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

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) :

Service de fixation et liquidation des traitements (Direction Déconcentrée)

Service comptable du contentieux

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

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Allocations familiales ou à charge
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	/

Mutualité & assurance soins de santé

	Membre du personnel	Conjoint/cohabitant
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 ?		



Revenus du ménage

	Membre du Personnel	Conjoint/cohabitant légal ou de fait
Revenus mensuels nets		
Salaire net		
Autres revenus (chômage, invalidité, pensions, etc.)		
Revenus annuels		
Pécule de vacances		
Prime de fin d'année		
Revenus annuels en tant qu'indépendant		
Autres revenus annuels		
En matière d'impôts		
Remboursement		
A payer		

Documents à joindre au formulaire 1

- 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 ;
- Copie de la dernière fiche de salaire ou autres revenus imposables de chaque membre de votre ménage ayant des revenus ;



- Copie de la dernière fiche de pécules de vacances de chaque membre de votre ménage ayant des revenus ;
- Copie de la dernière fiche de primes de fin d'année de chaque membre de votre ménage ayant des revenus ;
- Copie du (des) dernier(s) avertissement-extrait(s) de rôle reçu(s) ;
- Copie de l'attestation de reconnaissance d'un handicap éventuel.
- Copie de l'attestation de la mutuelle concernant le MAF éventuel.

Le conjoint/cohabitant est-il bénéficiaire d'un service social ?

Si oui, lequel ?

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.

Date et Signature

A titre d'information

Chiffre M	Pourcentage d'intervention
A partir de 1.378,21 €	0%
De 1.139,41 € à 1.378,20€	5%
De 1.068,51 € à 1.139,40 €	10%
De 997,61 € à 1068,50 €	15%
De 926,71 € à 997,60 €	20%
De 855,71 € à 926,70 €	25%
De 784,81 € à 855,70 €	30%
De 713,91 € à 784,80 €	40%
De 647,11 € à 713,90 €	50%
De 580,41 € à 647,10 €	60%
De 513,61 € à 580,40 €	70%
De 446,81 € à 513,60 €	80%
De 375,91 € à 446,80 €	90%
Moins de 375,90 €	100%