

**DIRECTION D'ADMINISTRATION DE LA COHÉSION SOCIALE
ET DE LA SANTÉ**
SERVICE DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT
Place du Brabant Wallon, 1
1300 WAVRE



Vous trouverez ci-joint le formulaire de demande ainsi qu'un règlement en vue de l'obtention d'une intervention dans vos frais de téléphone fixe ou mobile, d'internet et/ou de sécurité vigilance.

Le formulaire et les différents documents requis doivent être envoyés au service de la cohésion sociale et du logement du Brabant wallon – Place du Brabant wallon, 1 à 1300 Wavre.

Il y a lieu de joindre au présent formulaire les documents suivants :

- Une **photocopie RECTO-VERSO** de votre **carte d'identité** ;
- Une **composition de ménage** délivrée par votre administration communale ;
- Votre dernière **facture d'abonnement** de téléphone ou de GSM ou d'internet ;
Si vous disposez d'un appareil téléphonique ou d'une connexion à internet depuis moins de 6 mois, la **facture de placement** ;
- Si vous êtes relié à un système de télé-vigilance (alarme), l'**attestation** jointe en page 4 que vous aurez d'abord fait compléter par l'organisme qui assure le système ;
- Si vous bénéficiez du statut BIM, une copie de l'**attestation** de votre mutualité ;
Si vous bénéficiez du tarif social auprès de votre opérateur téléphonique, cela apparaît clairement sur votre facture, il n'est dès lors pas nécessaire de nous faire parvenir une copie de l'attestation du statut BIM ;
- Si vous avez été reconnu invalide par le SPF Sécurité sociale, une copie de l'**attestation** ;
Si vous vivez avec une personne de moins de 75 ans reconnue invalide par le SPF Sécurité sociale, veuillez joindre une copie de l'**attestation**.

Pour tout renseignement, veuillez contacter le 010/23.63.75.

**DIRECTION D'ADMINISTRATION DE LA COHÉSION SOCIALE
ET DE LA SANTÉ**
SERVICE DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT
Place du Brabant Wallon, 1
1300 WAVRE



1. IDENTITÉ DU DEMANDEUR OU DE LA DEMANDERESSE

Nom : Prénoms :

Adresse : N°

Code postal : Commune :

Date de naissance :

Avez-vous été reconnu invalide pour le SPF Sécurité sociale – Direction générale des personnes handicapées ? OUI - NON

Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de l'attestation du SPF.

Vivez-vous avec une personne de moins de 75 ans reconnue comme invalide par le SPF Sécurité Sociale – Direction des personnes handicapées ? OUI - NON

Dans l'affirmative, veuillez joindre une copie de l'attestation du SPF.

2. OBJET DE L'INTERVENTION

Pour quels frais sollicitez-vous l'intervention de la Province du Brabant wallon ?

- Frais de téléphonie fixe ou frais de GSM
- Frais d'internet
- Frais d'un système de sécurité-vigilance (alarme)

Plusieurs choix sont possibles.

3. RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

1. Bénéficiez-vous d'une intervention d'un tiers (Région wallonne, AVIQ, communes, C.P.A.S., mutuelle) complémentaire à la présente demande ? OUI - NON

Dans l'affirmative, quel est le montant total qui vous est déjà octroyé ? €

2. L'intervention financière doit être versée sur le compte bancaire suivant :

N° compte IBAN BE.....

Titulaire du compte

**DIRECTION D'ADMINISTRATION DE LA COHESION SOCIALE
ET DE LA SANTÉ**
SERVICE DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT
Place du Brabant Wallon, 1
1300 WAVRE



3. Bénéficiez-vous du tarif social auprès de votre opérateur de téléphone ou d'internet ?

OUI - NON

4. Bénéficiez-vous du statut BIM ?

OUI - NON

Dans l'affirmative et si vous ne bénéficiez pas du tarif social, veuillez joindre une copie de l'attestation de votre mutuelle.

4. DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Le soussigné certifie avoir pris connaissance du règlement relatif à l'intervention dans les frais de téléphone, internet et sécurité vigilance, en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées isolées et en particulier les articles 6 et 7 prévoyant l'obligation de rembourser les interventions financières à la Province du Brabant wallon en cas de fausses déclarations ou lorsque le bénéficiaire n'utilise pas la subvention aux fins pour lesquelles elle a été octroyée et le droit d'enquête et de contrôle au sujet des renseignements fournis.

Veillez cocher les cases ci-dessous afin de marquer votre accord concernant le traitement de vos données personnelles :

- Le soussigné accepte que soient collectées et conservées ses données personnelles utiles au traitement comptable de la prime.
Les données personnelles en cause sont des données générales relatives à ses coordonnées mais peuvent également être des données sensibles relatives à sa santé.
- Le soussigné connaît son droit de pouvoir à tout moment demander la consultation, la rectification ou la suppression de certaines données.

Fait en bonne foi à le.....

Signature

**ATTESTATION À ÉTABLIR PAR L'ORGANISME QUI ASSURE LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ-VIGILANCE
(ALARME)**

Le soussigné (nom).....

(fonction)

(dénomination organisme)

confirme que :

1. Monsieur / Madame*
habitant à
est relié(é) à un système d'alarme du type : (marque ou description du système)
..... ;
2. Ce système est relié à une centrale assurant un service permanent ;
3. Le système a été installé le ;
4. Les frais de placement s'élèvent à€ et les frais de location/d'abonnement
s'élèvent à€ par mois/trimestre/an*.

Fait à le

Sceau de l'organisme :

Signature :

* Biffer les mentions inutiles