

Charleroi, le 06 FEV. 2019

Rue de la Rivelaine, 21  
6061 CHARLEROI

Tél. : +32 (0)71 33 77 11  
info@aviq.be

www.aviq.be

A Mesdames et Messieurs les  
Responsables des Services d'Aide  
aux Familles et aux Aînés

DEPARTEMENT BIEN-ETRE ET SANTE  
DIRECTION DES SOINS AMBULATOIRES ET DE PREMIERE LIGNE

Nos réf. : AVIQ/BES/DSAPL/JC/01.2019/Formulaires2019

Annexes : 7

Personne de contact : Julie COULON, attachée - 071/33.74.19 - safa@aviq.be

**Objet : Changement des modèles de formulaires et du mode d'envoi à l'AVIQ**

Madame, Monsieur,

La présente circulaire vise à modifier l'utilisation des différents formulaires qui est décrite dans la circulaire décret 2009/2 du 17 novembre 2009.

Suite au transfert des Services d'Aide aux Familles et aux Aînés de la DGO5 vers l'AVIQ, les formulaires ci-dessous ont été modifiés:

- Demande de dérogation à l'intensité de l'aide
- Demande d'aménagement du barème
- Annonce d'un cours de perfectionnement
- Avis d'intervention concomitante de plusieurs services
- Avis d'intervention simultanée de deux aides familiaux
- Distribution des repas - F54 ter
- Etat mensuel des prestations F54

Les titres contenant les mots « aides familiales » sont modifiés par « aides familiaux ».

Ces nouveaux formulaires seront annexés à la présente circulaire et pourront être téléchargés sur le site internet : [http://sante.wallonie.be/?q=recherche\\_documents/](http://sante.wallonie.be/?q=recherche_documents/).  
Sélectionnez « Famille » dans la recherche par thématique.

A partir du 1<sup>er</sup> Avril 2019, seuls les nouveaux formulaires seront acceptés par l'AVIQ.

Dans l'optique de réduire la consommation de papier, les documents suivants ne devront plus être envoyés sous format papier à l'AVIQ mais à l'adresse mail [safa@aviq.be](mailto:safa@aviq.be) :

- Demande de dérogation à l'intensité de l'aide
- Demande d'aménagement du barème
- Annonce d'un cours de perfectionnement
- Avis d'intervention concomitante de plusieurs services
- Avis d'intervention simultanée de deux aides familiaux

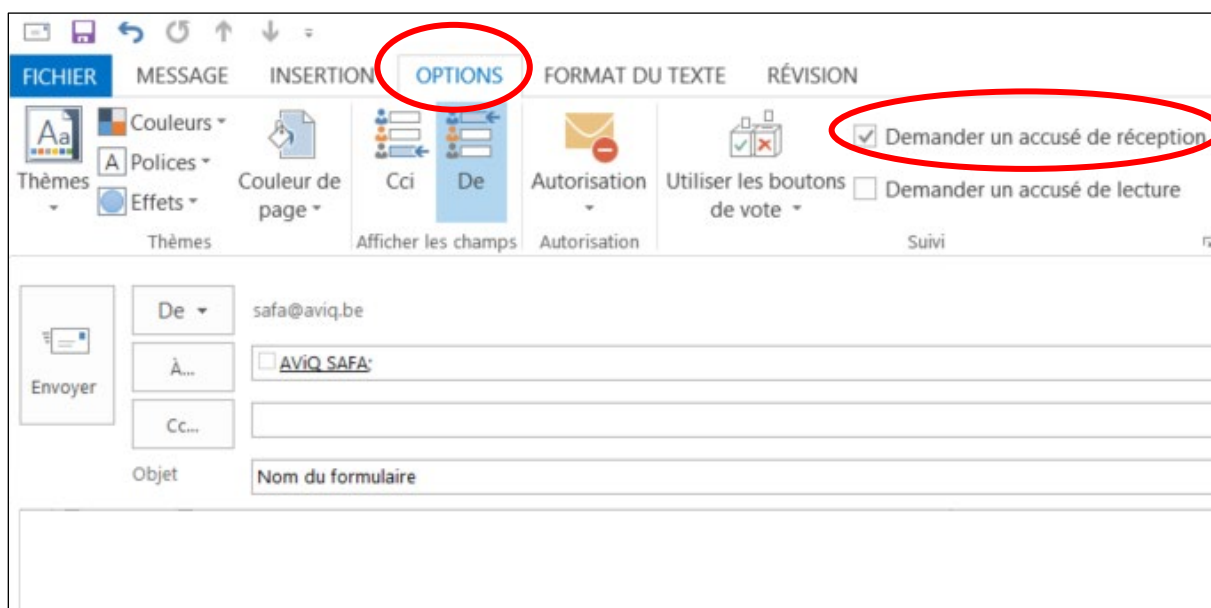
Cette mesure abroge le mode d'envoi qui est décrit dans la circulaire décret 2009/2 du 17 novembre 2009.

Il convient de reprendre, en objet du mail, le nom du formulaire.

L'AVIQ conserve uniquement la version PDF des formulaires et le service peut ne conserver qu'une version PDF des formulaires qu'il envoie à l'Agence. Ces formulaires doivent être tenus à disposition des inspecteurs de l'Agence en cas de demande.

Les délais de réponse de l'administration restent inchangés à ceux décrits dans la circulaire décret 2009/2 du 17 novembre 2009, la date d'envoi du mail remplaçant le cachet de la poste et le cachet d'entrée.

L'accusé de réception doit être demandé lors de l'envoi du mail en cochant la case prévue à cet effet dans l'onglet « option » d'Outlook comme dans l'exemple ci-dessous :



L'assistant social ne doit plus signer le formulaire s'il le complète directement sur le PDF afin d'éviter une impression superflue.

Les réponses favorables, aux demandes de dérogation à l'intensité de l'aide accordée et d'aménagement du barème, seront communiquées par mail. En cas de refus de la demande, un courrier vous sera envoyé.

Pour rappel, comme évoqué dans la note qui vous a été adressée le 26/03/2014, l'« annonce d'un cours de perfectionnement » ne doit plus être envoyée à l'Agence mais doit être conservée au sein du service et sera présentée aux inspecteurs sur demande, le cas échéant.

L'Administratrice générale,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Baudine', with a stylized flourish at the end.

Alice BAUDINE

Identification du service:

Agrément n°



**Agence pour une Vie de Qualité**  
**Direction des soins ambulatoires et de première ligne**  
Secteur SAFA  
Rue de la Rivelaine, 21  
6061 CHARLEROI

**DEMANDE DE DEROGATION A L'INTENSITE DE L'AIDE ACCORDEE**  
A introduire au plus tard le dernier jour du premier trimestre concerné

Identification du bénéficiaire:

N° du dossier:

Nom – Adresse:

*Motif d'intervention:*

*Composition de la famille, du ménage, des revenus:*

Nom	Prénom	Lien de parenté	Né le	Montant des revenus	Nature	Partie à considérer
Preuve(s) de handicap(s) jointe(s) au dossier						

Code: .....

Total € .....

*Contribution horaire du bénéficiaire en fonction de l'application du barème*

Charges déductibles € .....

Différence € .....

*Modalités de l'aide*

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Prestation de – à							
Prestation de – à							
Prestation de – à							

Total des heures prestées par semaine:

**RAPPORT JUSTIFIANT LA DEMANDE DE DEROGATION A L'INTENSITE DE L'AIDE**

Y a-t-il eu des demandes introduites précédemment? OUI  - NON

Si oui, date(s) de la ou des décisions:

PROPOSITION DU SERVICE:

**Trimestre** (s) pour le(s) quel(s) la demande est introduite (**uniquement** en **trimestre et max. 4 trimestres**):

Nom et prénom du travailleur  
social introduisant la demande

Date et signature du travailleur social:

.....

Tél: .....

Mail: .....

Identification du service :

Agrément n° \_\_\_\_\_



**Agence pour une Vie de Qualité**  
**Direction des soins ambulatoires et de première ligne**  
 Secteur SAFA  
 Rue de la Rivelaine, 21  
 6061 CHARLEROI

**DEMANDE D'AMENAGEMENT DE BAREME  
 DIMINUTION – AUGMENTATION**

A introduire au plus tard le dernier jour du premier trimestre concerné

Identification du bénéficiaire:

N° du dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom – Adresse : \_\_\_\_\_

Motif d'intervention:

*Composition de la famille, du ménage, des revenus :*

Nom	Prénom	Lien de parenté	Né le	Montant des revenus	Nature	Partie à considérer

Code : \_\_\_\_\_ Total € \_\_\_\_\_

*Contribution horaire du bénéficiaire en fonction de l'application du barème :* \_\_\_\_\_ Charges déductibles € \_\_\_\_\_

Différence € \_\_\_\_\_

**Modalités de l'aide**  
 Nombre d'heures par jour : \_\_\_\_\_  
 par semaine : \_\_\_\_\_  
 par mois : \_\_\_\_\_

Contribution mensuelle du bénéficiaire, en fonction de l'application du barème : \_\_\_\_\_

**RAPPORT JUSTIFIANT LA DEMANDE D'AMENAGEMENT DU BAREME**

Y a-t-il eu des demandes introduites précédemment ? OUI – NON

Si oui, date(s) de la ou des décisions :

PROPOSITION DU SERVICE (montant et date de prise en cours, pour max. 2 trimestres) :

Nom et prénom du travailleur  
social introduisant la demande

Date et signature du travailleur social :

.....

Tél: .....

Mail: .....

Identification du service :

Agrément n° \_\_\_\_\_ Section :



**Agence pour une Vie de Qualité**

**Direction des soins ambulatoires et de première ligne**  
Secteur SAFA

Rue de la Rivelaine, 21  
6061 CHARLEROI

Chaque service doit envoyer par cours une annonce  
et quinze jours avant la date prévue

## **ANNONCE D'UN COURS DE PERFECTIONNEMENT ORGANISE POUR LES AIDES FAMILIAUX OU SENIORS DIPLOMES**

Organisateur du cours

Services dont les aides participeront au cours

Dates du cours :

Matin	de		à	
Après-midi	de		à	

Lieu (si participants sont répartis en divers lieux, mentionnez-les) :

Nombre d'heures pour lequel les subsides seront sollicités :

Matin		heures
Après-midi		heures
<b>Total</b>		<b>heures</b>

Nombres de participants prévus:

Si plusieurs groupes, précisez le nombre de groupes et le nombre d'aides par groupe :



Programme détaillé du cours

Objectif poursuivi par rapport à la formation et/ou le travail de l'aide

Noms et qualifications des animateurs

Nom et prénom du travailleur social introduisant la demande

.....

Tél: .....

Mail: .....

Date et signature du travailleur social

Dénomination et adresse du service :

Agrément n° \_\_\_\_\_



**Agence pour une Vie de Qualité**  
**Direction des soins ambulatoires et de première ligne**  
Secteur SAFA

Rue de la Rivelaine, 21  
6061 CHARLEROI

## **AVIS D'INTERVENTION CONCOMITANTE DE PLUSIEURS SERVICES**

Identification du bénéficiaire

N° de dossier :

Nom – adresse :

Motif d'intervention :

Dénomination et adresse de l'autre service, de l'autre section :

(Service B)

Circonstances justifiant l'intervention concomitante de plusieurs services :

Durée présumée de cette forme d'intervention :

A titre indicatif, modalités de cette forme d'intervention :

	<u>Lundi</u>	<u>Mardi</u>	<u>Mercredi</u>	<u>Jeudi</u>	<u>Vendredi</u>	<u>Samedi</u>	<u>Dimanche</u>
Prestation de - à -							
Service A ou B							
Prestation de - à -							
Service A ou B							
Prestation de - à -							
Service A ou B							

Date et Signature du travailleur social

.....

Tél: .....

Mail: .....

Dénomination et adresse du service :

Agrément n° \_\_\_\_\_



**Agence pour une Vie de Qualité**

**Direction des soins ambulatoires et de première ligne**

**Secteur SAFA**

Rue de la Rivelaine, 21

6061 CHARLEROI

## **AVIS D'INTERVENTION SIMULTANÉE DE DEUX AIDES FAMILIAUX**

### Identification du bénéficiaire

N° de dossier :

Nom – adresse :

Motif d'intervention :

Situation du ménage :

Contribution horaire :

Circonstances justifiant l'intervention simultanée de deux aides familiaux :

Durée présumée de l'intervention simultanée :

Modalité de cette forme d'intervention :

	<u>Lundi</u>	<u>Mardi</u>	<u>Mercredi</u>	<u>Jeudi</u>	<u>Vendredi</u>	<u>Samedi</u>	<u>Dimanche</u>
Prestation de... à....							
aides, 1 ou 2							
Prestation de... à....							
aides, 1 ou 2							
Prestation de... à....							
aides, 1 ou 2							

Date et Signature du travailleur social :

.....

Tél: .....

Mail: .....

Pour rappel, l'intervention simultanée des deux aides ne doit être envisagée que dans des situations particulières et ne peut être considérée que comme une seule prestation.

**Agence pour une Vie de Qualité****Direction des soins ambulatoires et de première ligne**

Secteur SAFA

Dénomination et adresse du service :

Signature de la responsable:

Agrément n° \_\_\_\_\_

A compléter tous les mois en double exemplaire

Service d'aide aux familles et aux personnes âgées

**REPAS**

Signature des bénéficiaires:

Mois: ..... 20.....

Province: .....

Je déclare avoir reçu un ou des repas, distribué(s) par le service mentionné ci-dessus

Nom du bénéficiaire	Signature	Nom du bénéficiaire	Signature



Agence pour une Vie de Qualité

Direction des soins ambulatoires et de première ligne

Secteur SAFA

Dénomination et adresse du service :

Agrément n° \_\_\_\_\_

MOIS : ..... ANNEE : .....

## ETAT MENSUEL - F54

NOM:	Prénom:	Matricule:	Financement: (*)
------	---------	------------	------------------

(\*) AVIQ - A.P.E. - Maribel -  
 Alloc. ACTIVA - P.T.P. - Art.60

Jour	Date	Heure		N° dos. Bénéf.	NOMS BENEFICIAIRES  AUTRES LIBELLES	Durée de prestation	DONT NB H.		Nb de prestations	DEPLACEMENTS		SIGNATURE  Bénéficiaires - aidants proches
		Arrivée	Départ				Concert. Sociale	Aidants proches		kms bénéf.	kms missions	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

Jour	Date	Heure		N° dos. Bénéf.	NOMS BENEFICIAIRES  AUTRES LIBELLES	Duréede prestation	DONT NB H.		Nb de prestations	DEPLACEMENTS		SIGNATURE  Bénéficiaires - aidants proches
		Arrivée	Départ				Concert. Sociale	Aidants proches		kms bénéf.	kms missions	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

Jour	Date	Heure		N° dos. Bénéf.	NOMS BENEFICIAIRES  AUTRES LIBELLES	Duréede prestation	DONT NB H.		Nb de prestations	DEPLACEMENTS		SIGNATURE  Bénéficiaires - aidants proches
		Arrivée	Départ				Concert. Sociale	Aidants proches		kms bénéf.	kms missions	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

Le (la) soussigné(e) déclare que le présent état de prestations est sincère et véritable

Date et signature



NOM :

PRENOM :

TABLEAUX RECAPITULATIFS DU MOIS DE ...../...../.....

	Heures	Prest.
Bénéficiaires + aidants proches		
Cours de perfectionnement		
Réunions de service (y compris concertation sociale)		
Distribution de repas		
TOTAL		

	Heures
Aidants proches (total col. 9)	
Concertation sociale (total col.8)	
H. entre 6h et 8h et entre 18h et 20h	
H. entre 20h et 21h30	
H. Dimanche et jour fériés	
H. samedi	

	Kms
Bénéficiaires (11)	
Déplacements missions (12)	