

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: