

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: