

Subventionnement de personnes privées pour leurs services d'aide aux familles et aux personnes âgées agréés et subventionnés

FORMULAIRE DE DEMANDE

1. RESPONSABLE DU PROJET

Nom :

Rue et numéro :

Code postal : Commune :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

N° de compte en banque où la subvention pourra être versée :

BE

Nom du gestionnaire administratif du dossier :

Téléphone :

E-mail:

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PRESTATIONS SUBVENTIONNÉES

HEURES PRESTÉES

A	Aides aux familles	Aides aux personnes âgées
Total des heures prestées dans la Province du Brabant wallon au cours de l'année antérieure (du 1 ^{er} janvier au 31 décembre)		
<u>TOTAL</u>		

3. RENSEIGNEMENTS DIVERS

Date de création du service :

Service agréé - Service non agréé

Nombre d'aides aux familles et personnes âgées en service au 31 décembre :

Nombre de personnel administratif au 31 décembre :

Nombre de ménages aidés durant l'année antérieure :

Date :

Nom et signature :

Ce formulaire, complété et signé par les personnes habilitées à représenter le demandeur, est à renvoyer **avant le 30 avril** à l'adresse suivante :

Brabant wallon
Direction d'administration de la cohésion sociale et de la santé
Service de la Santé
Parc des Collines – Bâtiment Archimède
Place du Brabant wallon, 1
1300 WAVRE

ou par courriel à l'adresse suivante : sante@brabantwallon.be