



**Province  
de Liège**

Administration

**FORMULAIRE A**

**A ADRESSER A :**

(ainsi que pour obtenir tous renseignements utiles)

**PROVINCE DE LIEGE  
ADMINISTRATION CENTRALE**  
Bureau ACPAS 2.1.1. – Téléphone social  
Rue Georges Clémenceau, 15  
4000 LIEGE.  
Tél. : 04/220 22 24 – 04/220 21 33 - 04/220 21 46

**ACPAS 2.1.1.**

Date .....

à compléter et à signer par les personnes qui sollicitent l'intervention provinciale dans les frais téléphoniques.

Je soussigné(e) (nom et prénom) : .....  
(Nom de jeune fille pour les femmes)

Etat civil : célibataire - marié(e) - veuf(ve) - divorcé(e) - séparé(e) de .....

**Compte bancaire n°** : .....

**ABSOLUMENT INDISPENSABLE**

**DECLARE SUR L'HONNEUR**

1. que je suis né(e) à ....., le .....
2. que mon adresse est rue ..... n° .....  
code postal : ..... Localité : .....
- que ma résidence ne fait pas partie d'un hôtel, d'un home, d'une maison de repos ou de toute autre forme de vie communautaire;
3. que je suis déjà raccordé(e) au réseau téléphonique sous le n° ...../.....  
(si le demandeur possède déjà le téléphone, prière de joindre la dernière facture)
4. que le montant annuel de mes revenus bruts imposables, majorés de ceux des personnes qui cohabitent avec moi, ne dépassent pas ..... €

**CASE RESERVEE A L'ADMINISTRATION**

N° de répertoire : .....

N° dossier : .....

Catégorie 1 : Handicapé  
Catégorie 2 : + de 70 ans  
Catégorie 3 : Invalide

- Nombre de personnes dans le ménage : .....
- Total des revenus bruts imposables du ménage : .....
- Reconnu(e) V.I.P.O.                      OUI - NON                      CODE MUTUELLE .....
- Facture annuelle                              OUI - NON

Décision du Collège provincial du

**5. qu'à cette adresse**

- j'habite seul(e) (1);
- réside(nt) la/les personne(s) mentionnée(s) ci-après (1) :

NOM ET PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTE AVEC LE DEMANDEUR (le cas échéant)	REVENUS DE CETTE/CES PERSONNE(S)

6. que je remplis actuellement toutes les conditions imposées par le règlement provincial en la matière;

7. je m'engage :

- a) à donner immédiatement connaissance à la Province de Liège du fait que je ne satisferais plus à une des conditions fixées pour bénéficier de l'intervention provinciale;
- b) à rembourser la Province de Liège de son intervention, à la suite d'une déclaration incomplète ou fautive à propos de ces conditions ou en cas de notification tardive de la modification entraînant le retrait de l'intervention provinciale;

8. j'autorise la Province de Liège, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à vérifier, soit auprès des autorités compétentes, soit dans ma demeure si je remplis réellement toutes les conditions exigées.

SIGNATURE

(1) Biffer ce qui ne convient pas.

(2) A partir du ....., ce montant est fixé à ..... € pour une personne seule.

Ce montant est augmenté de ..... € par personne qui cohabite avec elle.

=====

**A FAIRE COMPLETER PAR L'ADMINISTRATION COMMUNALE**

Je soussigné (nom et qualité du fonctionnaire communal)

.....

certifie l'exactitude des déclarations reprises ci-dessus sous les numéros 1, 2 et 5.

d'identification du demandeur au registre national.

Autorisation accordée aux provinces par A.R. du 08.01.88.

SCEAU DE LA COMMUNE

DATE ET SIGNATURE

ACPAS 211 - INTERVENTION TELEPHONE.

**FORMULAIRE "B"****DECLARATION DE REVENUS**

	<b>DEMANDEUR</b>	<b>COHABITANT(S) DU DEMANDEUR</b>
<b>A. <u>REVENUS PROFESSIONNELS</u></b> a. revenus de travail, y compris primes b. indemnités de mutuelle c. allocations de chômage  <b>B. <u>PENSIONS</u></b> a. de retraite / survie b. alimentaire  <b>C. <u>REVENUS MOBILIERS</u></b>  <b>D. <u>REVENUS IMMOBILIERS</u></b> situation revenu cadastral  <b>E. <u>AUTRES REVENUS</u></b> avantages en nature aide sociale rentes personnelles		
<b>TOTAL DES REVENUS :</b>		

Recevez-vous encore un Avertissement-extrait de rôle de l'Administration des Contributions, complété par la note de calcul ?

OUI - NON (\*)

Si OUI, veuillez en joindre une photocopie;

Si NON, j'autorise la Province de Liège à vérifier auprès de ladite Administration, que le montant de mes revenus bruts imposables, cumulés, le cas échéant, avec ceux de mes cohabitants, ne dépassent pas le montant maximum fixé à l'article 3 du présent règlement.

Signature du demandeur :

(\*) biffer la mention inutile

**FORMULAIRE "C"**

**ATTESTATION A COMPLETER PAR LA MUTUELLE**

1. Dénomination de l'Union Nationale

.....

Fédération mutualiste de

.....

2. Le présent organisme assureur peut-il certifier que

Nom et prénom de l'affilié(e)

.....

Date de naissance .....

N  d'affiliation .....

- est bénéficiaire de l'intervention majorée (B.I.M.).

**OUI - NON**

**(\*)**

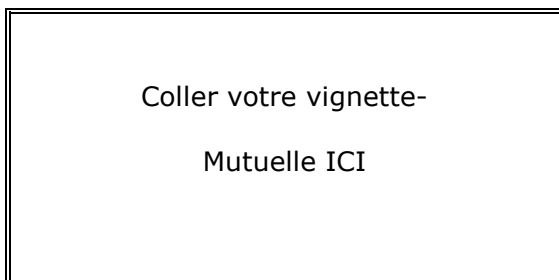
- à l'expiration de la période d'incapacité primaire prévue à l'article 46 de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur à un tiers a été constatée, comme prévu à l'article 56 de la même loi. (invalide INAMI à 66 % au moins).

**OUI - NON**

**(\*)**

Fait à ....., le .....

(Signature et sceau de la Fédération)



**(\*)** biffer la mention inutile.