

N° Awiph :

Réservé à l'Administration

rose



Demande d'intervention en matière de Formation & d'Emploi.

Ne remplissez pas ce formulaire si :

- o vous souhaitez d'abord en savoir plus sur ce que l'Awiph peut faire pour vous
- o vous êtes déjà reconnu par l'Agence et qu'elle vous a accordé une intervention depuis moins de cinq ans

o **Consultez plutôt le site internet de l'Agence (www.awiph.be),**

o **appelez le numéro gratuit (0800 / 160 61) ou**

o **prenez contact avec le Bureau régional le plus proche** (voir adresses en page 4)

Vous pouvez également contacter un Carrefour Emploi Formation

L'A.W.I.P.H., instituée par le décret du 6 avril 1995, a pour but de promouvoir, en Région wallonne, l'intégration des personnes handicapées. Elle a pour mission d'apporter un certain nombre d'aides ou de services aux personnes handicapées résidant sur le territoire de la Région wallonne (moyennant certaines conditions de nationalité), âgées de moins de 65 ans au moment de l'introduction de leur première demande.

Si vous souhaitez être aidé pour compléter ce formulaire ou obtenir des informations complémentaires, n'hésitez pas à prendre contact avec votre Bureau régional.

Les informations transmises ou récoltées dans le cadre de l'instruction de la demande seront traitées conformément aux règles de protection de la vie privée instituées par la loi du 8 décembre 1992. Conformément aux dispositions de cette loi, les informations enregistrées par l'AWIPH sont communiquées à la personne handicapée à sa demande et, le cas échéant, rectifiées.

PERSONNE POUR LAQUELLE LA DEMANDE EST FORMULEE

Si vous avez déjà fait appel à l'AWIPH, indiquez votre N° de dossier : **AW/**

Numéro d'inscription au registre national ou au registre des étrangers :

(Celui-ci figure au dos de votre carte d'identité)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | ■ | □ | □ | □ | - | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

NOM :
(en majuscules)

Prénom(s) :
(ne renseigner que le(s) prénom(s) officiel(s))

Sexe : masculin féminin

Date de naissance : / / Lieu de naissance :
(jour) (mois) (année)

Nationalité : belge autre nationalité (à préciser) :
date d'entrée en Belgique :

Domicile : Rue :

N° : Boîte :

Code postal : Commune :

Téléphone : / Fax : /
(où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau)

GSM : /

E mail :@

Etat civil : célibataire
 marié(e)
 séparé(e)
 veuf(ve)
 divorcé(e)
 cohabitant(e)

REPRESENTANT LEGAL OU REPRESENTANTS LEGAUX DE LA PERSONNE CONCERNEE

 Cadre(s) à compléter uniquement si :

- ⇒ la personne concernée est mineure (compléter les deux cadres si la personne a ses deux parents comme représentants légaux),
- ⇒ la personne concernée est majeure et bénéficie d'une mesure de protection (joindre une copie de la décision officielle).

Premier représentant légal :

NOM :
(en majuscules)

Prénom(s) :
(ne renseigner que le(s) prénom(s) officiel(s))

Date de naissance : / /
(jour) (mois) (année)

Lieu de naissance : Nationalité :

Domicile : Rue :
N° : Boîte :
Code postal : Commune :
Téléphone (GSM ou e-mail) où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau:

Lien de parenté (ou autre) avec la personne concernée :

Y a-t-il une décision de justice relative à la désignation d'un représentant légal ?

non oui (en fournir copie en annexe s.v.p.)

Deuxième représentant légal (éventuel) :

NOM :
(en majuscules)

Prénom(s) :
(ne renseigner que le(s) prénom(s) officiel(s))

Date de naissance : / /
(jour) (mois) (année)

Lieu de naissance : Nationalité :

Domicile : Rue :
N° : Boîte :
Code postal : Commune :
Téléphone (GSM ou e-mail) où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau:

Lien de parenté (ou autre) avec la personne concernée :

Y a-t-il une décision de justice relative à la désignation d'un représentant légal ?

non oui (en fournir copie en annexe s.v.p.)

ETUDES ET FORMATIONS

Complétez les lignes qui vous concernent

| Type | Dates (de...à...) | Nombre d'années différentes suivies | Spécialisation éventuelle | Diplôme obtenu |
|--|--------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <i>Exemple :</i> | | | | |
| Professionnelle (A4) | <i>1982 - 1987</i> | <i>4</i> | <i>Mécanique auto</i> | <i>non</i> |
| Promotion sociale (cours du soir) | <i>2006 - ...</i> | <i>3 années prévues</i> | <i>néerlandais</i> | <i>sans objet à ce jour</i> |
| Primaires (enseignement ordinaire) | | | | |
| Primaires (enseignement spécialisé) | | | Type : | |
| Secondaire spécial | | | Section : Type : Forme : | |
| Professionnelles (A4) | | | | |
| Techniques (A3-A2) | | | | |
| Secondaire général | | | | |
| Enseignement supérieur non univ. (A1) | | | | |
| Université | | | | |
| Promotion sociale (cours du soir) | | | | |
| Contrat d'apprentissage | | | | |
| Formation AWIPH (contrat d'adaption ou centre) | | | | |
| Formation professionnelle FOREM | | | | |
| Entreprise de formation par le travail (EFT) | | | | |
| Autre (à préciser) | | | | |

QUEL EST VOTRE PASSE PROFESSIONNEL EVENTUEL ?

| Profession exercée | Employeur | Dates (de...à...) | Motif de changement éventuel |
|--------------------|-----------|----------------------|------------------------------|
| | | | |

ACTIVITES OU STATUT PROFESSIONNELS ACTUELS

Etes-vous : étudiant

demandeur d'emploi inscrit au FOREM

bénéficiaire d'une allocation de chômage

bénéficiaire d'une allocation de mutuelle

bénéficiaire du revenu d'intégration accordé par un CPAS

travailleur

Si oui : profession exercée :

statut : indépendant

salarié en entreprise de Travail Adapté

salarié en entreprise privée

salarié en entreprise publique

depuis quand exercez-vous cette activité (date de début ou époque approximative) ?

pensionné ou pré-pensionné

autre (à préciser) :

Si vous possédez un curriculum vitae, vous pouvez le joindre.

Si vous avez d'autres besoins qui ne concernent pas l'orientation, la formation ou l'emploi (par ex. le besoin d'adapter un véhicule, être aidé par un service d'accompagnement ...) vous pouvez les indiquer ici ou compléter le formulaire spécifique (vert: accueil, hébergement, accompagnement-jaune: aide matérielle).

.....

Souhaitez-vous qu'un conseiller de l'AWIPH prenne contact avec vous?

oui non

| Domicile situé dans les arrondissements ou les provinces suivants : | Bureau régional compétent : Ouvert de 9h à 12h et de 14h à 16h Plans d'accès sur www.awiph.be | |
|---|---|---|
| Province de Hainaut: arrondissements de Tournai, Mons, Ath, Soignies et Mouscron. | Boulevard Gendebien, 3 ☎ 065/32 86 11 e-mail : brmons@awiph.be | 7000 Mons Fax 065/35 27 34 |
| Province de Hainaut: arrondissements de Charleroi et Thuin. | Rue de la Rivelaine, 11 ☎ 071/20 49 50 e-mail : brcharleroi@awiph.be | 6061 Charleroi Fax 071/20 49 53 |
| Province de Namur: arrondissement de Namur. | Place Joséphine Charlotte, 8 ☎ 081/33 19 11 e-mail : brnamur@awiph.be | 5100 Jambes Fax 081/30 88 20 |
| Province de Namur: arrondissements de Dinant et Philippeville. | Rue Léopold, 3 - 1er étage ☎ 082/21 33 11 e-mail : brdinant@awiph.be | 5500 Dinant Fax 082/21 33 15 |
| Province de Liège: arrondissements de Huy, Liège, Verviers (sauf Communauté germanophone) et Waremme. | Rue du Vertbois, 23-25 ☎ 04/221 69 11 e-mail : brliège@awiph.be | 4000 Liège Fax 04/221 69 90 |
| Province du Brabant Wallon: arrondissements de Nivelles et Wavre. | Espace Coeur de Ville, 1 3ème étage Fax 010/23 05 80 | 1340 Ottignies ☎ 010/23 05 60 e-mail : brottignies@awiph.be |
| Province de Luxembourg: arrondissements de Arlon, Bastogne, Virton | Rue du Village, 5 ☎ 061/23 03 60 e-mail : brlibramont@awiph.be | 6800 Libramont Fax 061/23 03 76 |

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES ET DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A FOURNIR EN ANNEXE

Pour attester de votre handicap, joignez une copie des rapports médicaux, psychologiques ou sociaux que vous possédez, même s'ils ont été établis à destination d'autres organismes (utilisez l'enveloppe jointe ou une enveloppe fermée sur laquelle vous indiquez: "à l'attention du médecin du Bureau régional").

Votre médecin traitant est la personne la plus proche de vous qui connaît le mieux votre situation médicale personnelle et dispose du dossier médical global. S'il accepte de transmettre les informations relatives à votre situation, le Bureau régional peut fournir un modèle de bilan médical facilitant la communication de telles données.

Nom et prénom du médecin traitant :

Adresse :

Tél :

E-mail :

Dans le cadre de l'examen de cette demande d'intervention, j'autorise le Bureau régional à demander les données éventuellement nécessaires au(x) médecin(s), centre(s), service(s), mutuelle(s) ou institution(s) dont j'ai indiqué les coordonnées. Je l'autorise aussi à échanger des informations utiles me concernant avec d'autres services chargés de contribuer à mon insertion professionnelle.

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et véritables.

Signature du demandeur

(*personne concernée, mandataire ou représentant légal*) :

Date : / /

Nom :

Prénom :

Si vous êtes mandataire de la personne handicapée, veuillez joindre la procuration qu'elle vous a fournie et indiquer vos coordonnées.

Si le demandeur est dispensé de signature, veuillez joindre la photocopie de la carte d'identité.