



DEMANDE DE PROLONGATION D'INTERVENTION

Cette demande de prolongation d'intervention doit être introduite **AVANT** la date d'échéance de l'intervention qui figure dans la décision d'octroi, **idéalement dans les deux mois qui précèdent**.

Ce formulaire de prolongation doit être complété, daté et signé :

- par la personne qui souhaite prolonger l'aide de l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, actuellement en cours.
- ou par son représentant légal (parent, tuteur, ...)
- ou par toute autre personne que le demandeur charge de le faire (**un mandat doit être joint**).

Ce formulaire est à adresser à un des Bureaux régionaux repris en page 4 (selon le domicile de la personne handicapée concernée). Il sera accompagné d'un rapport d'évolution établi par le service qui a assuré la prise en charge du demandeur, d'autres compléments d'information que le Bureau régional aura jugé nécessaires, sous pli confidentiel à l'attention de l'équipe pluridisciplinaire du 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'Agence sont communiquées à la personne handicapée à sa demande et, le cas échéant, rectifiées.

1. Personne pour laquelle la prolongation est sollicitée

Numéro AWIPH : AW/

Nom (en majuscules) :

Prénom(s) (ne renseigner que les prénoms officiels) :

Date de naissance :

Domicile : Rue.....N° :Boîte :

Code postal : Localité :

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

Numéro d'inscription au registre national ou au registre des étrangers (facultatif)

.....

Cadre à compléter uniquement si une modification a eu lieu depuis la demande précédente.

Etat civil :	π	célibataire	Nationalité	π	belge
	π	marié(e)		π	nationalité d'un autre Etat membre de l'Union européenne
	π	séparé(e)		π	autre nationalité :
	π	veuf(ve)		
	π	divorcé(e)			

Dans le cadre de l'examen de cette prolongation d'intervention, j'autorise le médecin et/ou le psychologue du Bureau régional à demander des données complémentaires aux professionnels (médecins, psychologues, assistants sociaux) concernés.

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

Signature du demandeur :
(personne concernée ou représentant légal) :

Date :/...../..... Nom :
Prénom :

Si vous êtes mandataire de la personne handicapée, veuillez joindre la procuration qu'elle vous a fournie

2. A compléter uniquement si :

- Une modification a eu lieu depuis votre demande précédente (joindre une copie de la décision officielle sauf si elle a déjà été fournie lors de la demande initiale)

Représentant légal ou représentants légaux de la personne concernée

1) Nom (en majuscules) :

Prénom(s) (ne renseigner que les prénoms officiels) :

Date de naissance :

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

Nationalité : π belge
 π nationalité d'un autre Etat membre de l'Union européenne :
 π autre nationalité

Adresse (domicile) : Rue N° : Boîte :

Code postal : Commune :

Téléphone où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau :
.....

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

2) Nom (en majuscules) :

Prénom(s) (ne renseigner que les prénoms officiels) :

Date de naissance :

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

Nationalité : π belge
 π nationalité d'un autre Etat membre de l'Union européenne :
 π autre nationalité

Adresse (domicile) : Rue N° : Boîte :

Code postal : Commune :

Téléphone où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau :
.....

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

Si la prolongation est demandée en vue de continuer à bénéficier de la prise en charge dans le service où l'intervention est actuellement en cours, vous voudrez bien compléter les indications suivantes :

Dénomination du service :

Numéro AWIPH du service :

Adresse : Rue..... N° : Boîte :

Code postal : Localité :

Si le demandeur est simultanément pris en charge par un autre service ambulatoire, d'accueil de jour, ou résidentiel, veuillez indiquer la dénomination du service et son numéro AWIPH

.....

Ce service devra également veiller à introduire, au moment voulu, une demande de prolongation.

Liste des adresses des Bureaux régionaux :

<u>Domicile situé dans les arrondissements ou les provinces suivants :</u>	<u>Bureau régional compétent :</u>
<u>Province de Hainaut : arrondissements de Tournai, Mons, Ath, Soignies et Mouscron</u>	Boulevard Gendebien, 3 - 7000 Mons Tél. 065/32 86 11 - Fax 065/35 27 34
<u>Province de Hainaut : arrondissements de Charleroi et Thuin</u>	Rue de la Rivelaïne, 11 - 6061 Charleroi Tél. 071/20 49 50 - Fax 071/20 49 53
<u>Province de Namur : arrondissement de Namur</u>	Résidence « Le Souverain » Place Joséphine Charlotte, 8 - 5100 Jambes Tél. 081/33 19 11 - Fax 081/30 88 20
<u>Province de Namur : arrondissements de Dinant et Philippeville</u>	Rue Léopold, 3 – 1 ^{er} étage - 5500 Dinant Tél. 082/21 33 11 - Fax 082/21 33 15
<u>Province de Liège : tous arrondissements, sauf la Communauté germanophone</u>	Rue du Vertbois, 23-25 - 4000 Liège Tél. 04/221 69 11 - Fax 04/221 69 90
<u>Province du Brabant Wallon : tous arrondissements</u>	Espace Cœur de Ville 1 - 3 ^{ème} étage - 1340 Ottignies Tél. 010/23 05 60 - Fax 010/23 05 80
<u>Province de Luxembourg : tous arrondissements</u>	Rue du Village, 5 - 6800 Libramont Tél. 061/23 03 60 - Fax 061/23 03 76