



Tél. : (02) 529.39.73 • info@ssc.fgov.be

À remplir à chaque demande
en lettres majuscules

☐	Revenus : fiches de salaire récentes de l'ensemble du ménage / extrait de compte de la pension	
☐	Attestation d'indemnités de chômage ou de mutuelle pour l'ensemble du ménage	
☐	Allocations familiales : attestation nominative ou extrait de compte	
☐	Une fois par an : copie de l'avertissement extrait de rôle de l'ensemble du ménage	
☐	En cas de séparation avec enfant(s) : copie du jugement	
☐	Pension alimentaire : extrait de compte	
☐	Accident de travail ou maladie professionnelle : décision + extrait de compte	
☐	Allocation d'intégration ou revenus de remplacement : décision + extrait de compte	
☐	Attestation de reconnaissance de handicap ou d'invalidité de mutuelle	
☐	Autres rentrées financières : extrait de compte (revenus locatifs, aides sociales, etc)	

Indiquez les coordonnées du médiateur :

[illegible]

Remplir s'il s'agit d'un compte à l'étranger

Dénomination de l'employeur :
 Date d'entrée en service : Date de sortie de service :
 (Obligatoire s'il s'agit d'un contrat CDD ou d'un contrat Article 60)

Travailleur.euse : ☐ Actif.ve ☐ Pensionné.e

Fonction : ☐ Employé.e ☐ Ouvrier.ère ☐ Autre :

Statut : ☐ Nommé.e ☐ CDI ☐ CDD ☐ Article 60 ☐ Autre :

Temps de travail : ☐ Temps plein ☐ 1/2 temps ☐ 4/5^e ☐ Autre :

Précisez la période du

--	--	--	--	--	--	--	--

 au

--	--	--	--	--	--	--	--

4. COMPOSITION DU MÉNAGE

PARTENAIRE						
Nom	Prénom	Date de naissance	Revenus propres	À charge	Handicap ou invalidité	Pensionné
			☐	☐	☐	☐

ENFANTS DANS LE MÉNAGE							
Nom	Prénom	Date de naissance	Garde alternée	Allocations familiales	Revenus propres	Etudiant	Handicap
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

AUTRES COHABITANTS DANS LE MÉNAGE					
Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Revenus propres	Handicap
				☐	☐
				☐	☐

5. ASSURANCES ET MUTUELLE

● À quelle **mutuelle êtes-vous affilié.e** ?

● Avez-vous souscrit à une **assurance hospitalisation** ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui : Nom de l'organisme : Bénéficiaires :

Au cours des 18 derniers mois, avez-vous été hospitalisé.e : ☐ Oui ☐ Non

● Avez-vous souscrit à une **assurance ambulatoire** ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui : Nom de l'organisme : Bénéficiaires :

● Avez-vous souscrit à une **assurance dentaire** ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui : Nom de l'organisme : Bénéficiaires :

Je soussigné(e) : Nom :

Prénom :

déclare sur l'honneur que les renseignements donnés dans ce formulaire sont sincères et complets.

À , ... le

Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont recueillis pour l'établissement de votre qualité de bénéficiaire du SSC et déterminer une éventuelle intervention financière. Notre politique en matière de protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère se fonde sur le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (aussi connu sous l'acronyme RGPD). Pour consulter ou rectifier les renseignements qui vous concernent, adressez-vous au SSC.

Signature