



RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - Z1

À remplir à chaque demande
en lettres majuscules

Service Social Collectif,
Tour du Midi – Esplanade de l’Europe 1
1060 BRUXELLES

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

1. DOCUMENTS OBLIGATOIRES À JOINDRE À CE FORMULAIRE

- Revenus** : fiches de salaire récentes de l’ensemble du ménage / extrait de compte de la pension
- Attestation de chômage ou 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)

Avez-vous fait appel à un service de **médiation de dettes** ou êtes-vous en RCD ? Oui Non

Indiquez les coordonnées du médiateur :

2. DONNÉES PERSONNELLES DE L’AGENT

Nom⁽¹⁾ : Prénom :

N° de Registre National :

Date de naissance :

Adresse • rue : N°/boîte :

Code postal : Localité :

Tél : E-mail :

N° de compte bancaire : Code IBAN : B E Code BIC :

(1) Une femme mariée indiquera son nom de jeune fille. Remplir s'il s'agit d'un compte à l'étranger

3. DONNÉES PROFESSIONNELLES

Dénomination de l’administration :

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 :

Au cours des 18 derniers mois, avez-vous été malade + de 1 mois ? Oui Non

Précisez la période du au

4. COMPOSITION DU MÉNAGE

PARTENAIRE

Nom	Prénom	Date de naissance	Employeur	Handicap ou invalidité	Pensionné
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENFANTS DANS LE MÉNAGE

Nom	Prénom	Date de naissance	Garde alternée	Allocations familiales	Revenus propres	Etudiant	Handicap
			<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				

AUTRES COHABITANTS DANS LE MÉNAGE

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Revenus propres	Handicap
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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