

FORMULAIRE DE DONNÉES OBJECTIVES

Madame, Monsieur,

Le personnel du Centre est disponible pour vous accompagner dans vos démarches que ce soit pour une demande d'information ou pour tout type d'aide que vous sollicitez.

La loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale, qui organise le fonctionnement des CPAS, garantit le respect de procédures formelles par le CPAS et un traitement équitable de tous les citoyens.

Par ailleurs, le CPAS d'Uccle remplit sa mission dans le respect le plus strict des convictions idéologiques, philosophiques ou religieuses de chacun.

La loi exige du CPAS d'accomplir une enquête sociale préalable dans le cadre de laquelle vous êtes tenu de fournir tout renseignement utile sur votre situation. Le présent questionnaire a pour objectif de répondre à cette obligation légale.

Pour mener à bien cette mission, le CPAS vous demande de répondre de manière la plus complète et la plus sincère possible à toutes les questions de ce formulaire.

Si vous éprouvez des difficultés à lire ou à écrire le néerlandais ou le français, nous vous invitons à contacter la cellule accueil du CPAS, qui vous guidera vers un(e) assistant(e) social(e).

Toutes les données personnelles recueillies sont traitées conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et au règlement européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données suivant la politique de confidentialité et du respect de la vie privée du CPAS d'UCCLE, mise en ligne sur le site du CPAS ou disponible sur demande. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données via l'adresse suivante : dpo@cpasuccle.be.

Comment introduire une demande ?

A l'administration centrale (Chaussée d'Alseberg, 860 – 1180 – Uccle)

1. Du **lundi au vendredi de 9H00 à 11H30**
2. **Demandez le formulaire** à l'accueil du CPAS
3. **Répondez aux questions** qui vous concernent
4. **Inscrivez-vous à la cellule accueil** pour remettre le formulaire complété et signé
5. **Après transmission du formulaire dûment complété, un accusé de réception** de votre demande vous sera délivré et **les informations nécessaires** pour l'enquête sociale (nom de votre assistant social, date de rendez-vous, justificatifs à préparer, etc.).

Par voie électronique

1. **Téléchargez le formulaire** de données objectives (pdf)
2. **Répondez aux questions** qui vous concernent
3. **Scannez et envoyez le formulaire** complété et signé à l'adresse suivante : demande.sociale@cpasuccle.be
4. **Après transmission du formulaire dûment complété, un accusé de réception** de votre demande vous sera délivré et **les informations nécessaires** pour l'enquête sociale (nom de votre assistant social, date de rendez-vous, justificatifs à préparer, etc.).

Rem. : les hôpitaux veilleront à joindre un **avis d'entrée** et **certificat médical** (AMU si nécessaire) à la demande.

Si vous n'avez pas d'imprimante, vous pouvez nous appeler au numéro général 02/370.75.11 pour que nous vous les envoyions par courrier postal.

Les travailleurs sociaux restent à votre disposition pour vous aider à compléter ce formulaire.

CPAS d'Uccle | OCMW van Ukkel

Administration Centrale | Centraal bestuur

860 Chaussée d'Alseberg - Alsebergsesteenweg | B-1180 Uccle - Ukkel

Tel 02 370 75 11 | IBAN BE38 0000 0259 7172 BIC BPOTBEB1

www.cpasuccle.brussels | info@cpasuccle.be | www.ocmwukkel.be | info@ocmwukkel.be



OBJET DE MA DEMANDE

- Un revenu d'intégration social ou une aide sociale équivalente
- La prise en charge de frais pharmaceutiques et/ou médicaux
- La prise en charge de frais d'hospitalisation
- La prise en charge de factures d'énergie
- La prise en charge d'autres factures (précisez) :
- La prise en charge de frais de transport
- Une adresse de référence
- Une garantie locative
- La prise en charge de frais de transport
- La prise en charge de mes frais de placement
- Une demande d'aide psychologique
- Une demande d'accompagnement socio-professionnel
- Une demande de colis alimentaires
- Une demande de vêtements
- Une demande aide à la recherche de logement
- Une demande de médiation de dettes
- Une demande à la cellule culture
- Une demande d'information
- Autre (précisez) :

Résumé des faits et de la demande

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CHOIX DE LA LANGUE - KEUZE VAN DE TAAL

Je choisis le français

Ik kies het Nederlands

CPAS d'Uccle | OCMW van Ukkel

Administration Centrale | Centraal bestuur

860 Chaussée d'Alsemberg - Alsembergsesteenweg | B-1180 Uccle - Ukkel

Tel 02 370 75 11 | IBAN BE38 0000 0259 7172 BIC BPOTBEB1

www.cpasuccle.brussels | info@cpasuccle.be | www.ocmwukkel.be | info@ocmwukkel.be



DÉCLARATION EN VUE DE L'OBTENTION DE RENSEIGNEMENTS

Nous vous demandons de compléter et de signer le présent document autorisant le Centre à prendre et vérifier tous renseignements et déclarations auprès des organismes financiers, des institutions de sécurité sociale et des administrations publiques.

Les données que vous avez fournies au CPAS lors de votre demande d'aide seront également vérifiées auprès de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et seront enregistrées dans le réseau secondaire des CPAS qui y est attaché.

Toutes les données personnelles recueillies sont traitées conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et au règlement européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données suivant la politique de confidentialité et du respect de la vie privée du CPAS d'UCCLE, mise en ligne sur le site du CPAS ou disponible sur demande. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données via l'adresse suivante : dpo@cpasuccl.be.

Je soussigné(e) :

Date de naissance :

Domicilié(e) à :

Résidant à :

Déclare autoriser le Centre Public d'Action Sociale d'Uccle à obtenir tous renseignements concernant mes revenus et biens auprès du Service Public Fédéral Finances, des banques, des sociétés d'assurances, des agents de change, des notaires, et plus généralement auprès de tout organisme ou institution pouvant détenir des informations concernant mes revenus.

Fait à Uccle,

Date et signature

(précédée de la mention "lu et approuvé")

.....



DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Madame/Monsieur

Atteste par la présente que les informations déclarées sont complètes, sincères et certifie être bien informé(e) du fait que le CPAS interroge régulièrement la Banque Carrefour de sécurité sociale.

Je déclare avoir été bien informé(e) du fait que :

1. L'instruction d'une demande d'aide sociale ne me dispense pas de rechercher activement un travail pour subvenir à mes besoins.
2. L'obtention de l'aide sociale ou de l'intégration sociale peut avoir des conséquences sur le droit de séjour. Le citoyen UE peut en effet perdre son permis de séjour s'il ne remplit plus les conditions liées à l'octroi du droit de séjour ou s'il constitue une charge déraisonnable pour le système de sécurité sociale belge. En vertu du droit européen, l'Office des Etrangers est néanmoins tenu d'examiner la situation individuelle des personnes.
3. Chaque demandeur d'aide à la faculté de défendre sa demande devant le Comité Spécial du Service Social avant que celui-ci ne prenne sa décision.
Il peut se présenter seul ou assisté d'un tiers.
4. Toute information incomplète, inexacte ou toute omission d'information peut avoir pour effet de vous faire perdre le droit à l'aide sociale et vous expose à des poursuites devant les tribunaux correctionnels.

Je certifie ne bénéficier d'aucune autre ressource que celles déclarées dans le présent formulaire et m'engage à faire connaître tout changement de ma situation financière, familiale, professionnelle, ou, plus généralement, tout changement pouvant avoir une conséquence sur l'aide que je demande (ne concerne que la Partie II du formulaire).

Fait à Uccle,

Date et signature

(précédée de la mention "certifié sincère et complet")

.....



CPAS d'Uccle | OCMW van Ukkel

Administration Centrale | Centraal bestuur

860 Chaussée d'Alseberg - Alsebergsesteenweg | B-1180 Uccle - Ukkel

Tel 02 370 75 11 | IBAN BE38 0000 0259 7172 BIC BPOTBEB1

www.cpasucclle.brussels | info@cpasucclle.be | www.ocmwukkel.be | info@ocmwukkel.be



FORMULAIRE DE CONTACT
DONNÉES PERSONNELLES ET ANALYSE DE LA COMPÉTENCE
TERRITORIALE

1. DONNÉES PERSONNELLES

Nom :

Prénom :

Numéro de registre national :
 Je n'ai pas de numéro de registre national

Sexe : Masculin
 Féminin
 Autre :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Téléphone :

E-mail :

2. Analyse de la compétence territoriale

Remarque : l'endroit où vous résidez – peut différer de l'adresse administrative (domicile)

Je réside principalement à :
(lieu de vie habituel)

Depuis le :

Je suis étudiant dans :

- L'enseignement secondaire de plein exercice
- L'enseignement supérieur non universitaire et universitaire
- Une formation de jour organisée par l'enseignement de promotion sociale qui débouche sur un titre correspondant de l'enseignement de plein exercice
- Autre :

CPAS d'Uccle | OCMW van Ukkel

Administration Centrale | Centraal bestuur

860 Chaussée d'Alseberg - Alsebergsesteenweg | B-1180 Uccle - Ukkel

Tel 02 370 75 11 | IBAN BE38 0000 0259 7172 BIC BPOTBEB1

www.cpasucclle.brussels | info@cpasucclle.be | www.ocmwukkel.be | info@ocmwukkel.be



Nom de l'établissement :

Depuis quelle année êtes-vous étudiant :

J'ai fréquenté un autre établissement scolaire auparavant :

OUI NON

Mon parcours scolaire a été interrompu par le passé :

OUI NON

Du Au

Je suis actuellement sans domicile fixe (SDF)

Je suis dans la rue

Quartier principal sur Uccle :

Je suis hébergé provisoirement chez des amis

Adresse principale :

Je suis actuellement hébergé dans l'une des structures suivantes :

Dans un établissement de soins (hôpital)

Dans un centre d'accueil pour SDF, un centre d'hébergement, etc.

Dans un hôpital Psychiatrique ou une maison de soins psychiatrique

Dans une IHP (initiative d'habitation protégée)

Dans un établissement pour personne porteuse d'un handicap

Dans un centre de désintoxication

En Prison, dans un établissement de défense sociale

En Maison de Repos, en Maison de Repos et de Soins, en séniorerie

En résidence-service

Nom de l'établissement :

Date d'admission dans cet établissement :

Avant mon admission : Je résidais dans mon logement

J'étais SDF : dans la rue hébergé chez des amis

Je résidais dans un autre type d'établissement repris ci-dessus

Je sors d'un centre FEDASIL et j'ai trouvé un futur logement sur le territoire ucclois

Future adresse sur Uccle :

.....

Adresse du Centre Fedasil dans lequel je suis actuellement :

.....



FORMULAIRE RELATIF AUX DONNEES OBJECTIVES

SITUATION FAMILIALE ET BUDGÉTAIRE

1. CHARGES D'HABITATION

Je suis locataire du logement dans lequel je réside principalement

Depuis le :

Montant du loyer :

Ces charges locatives sont entièrement / partiellement assumées par une personne avec laquelle je ne cohabite pas.

Montant des provisions de charges d'immeuble :

Ces charges locatives sont entièrement / partiellement assumées par une personne avec laquelle je ne cohabite pas.

Montant des provisions de gaz – électricité :

Ces charges locatives sont entièrement / partiellement assumées par une personne avec laquelle je ne cohabite pas

J'ai constitué une garantie locative OUI NON

Type de logement Chambre avec espaces communs
 Studio
 Appartement (..... chambres)
 Maison (..... chambres)
 Autre :

Je suis propriétaire du logement dans lequel je réside principalement

Depuis le :

Crédit hypothécaire en cours : OUI NON

Montant du remboursement de l'emprunt hypothécaire :

Ces charges locatives sont entièrement / partiellement assumées par une personne avec laquelle je ne cohabite pas.

Montant des provisions de charges d'immeuble :

Ces charges locatives sont entièrement / partiellement assumées par une personne avec laquelle je ne cohabite pas.

Montant des provisions de gaz – électricité :

Ces charges locatives sont entièrement / partiellement assumées par une personne avec laquelle je ne cohabite pas

Montant du précompte immobilier (taxe annuelle) :

Ces charges locatives sont entièrement / partiellement assumées par une personne avec laquelle je ne cohabite pas

Type de logement Chambre avec espaces communs
 Studio
 Appartement (..... chambres)
 Maison (..... chambres)
 Autre :

CPAS d'Uccle | OCMW van Ukkel

Administration Centrale | Centraal bestuur

860 Chaussée d'Alseberg - Alsebergsesteenweg | B-1180 Uccle - Ukkel

Tel 02 370 75 11 | IBAN BE38 0000 0259 7172 BIC BPOTBEB1

www.cpasucclle.brussels | info@cpasucclle.be | www.ocmwukkel.be | info@ocmwukkel.be



2. RESSOURCES PERSONNELLES

Rem : Toutes les ressources du ménage doivent être déclarées pour le bon déroulement de l'enquête sociale.

J'ai été aidé par un autre CPAS

CPAS de :

Type d'aide :

Je perçois les ressources suivantes

Type	€	Type	€
<input type="checkbox"/> Salaire	<input type="checkbox"/> Alloc. de Chômage	.....
<input type="checkbox"/> Revenus en tant qu'indépendant	<input type="checkbox"/> Indemn. de Mutuelle	.....
<input type="checkbox"/> Revenus non déclarés	<input type="checkbox"/> Pension de retraite	.....
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	<input type="checkbox"/> GRAPA	.....
<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.	<input type="checkbox"/> APA	.....
<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire	<input type="checkbox"/> Revenu d'intégration	.....
<input type="checkbox"/> Revenus locatifs	<input type="checkbox"/> Bourse d'études	.....
		<input type="checkbox"/> Autre : .....	.....

Certaines des ressources ci-dessus sont suspendues

Lesquelles :

Depuis :

Pourquoi :

J'ai introduit une demande d'allocations sociales

Type	Auprès de
<input type="checkbox"/> Allocations familiales
<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.
<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire
<input type="checkbox"/> Alloc. de Chômage
<input type="checkbox"/> Indemn. de Mutuelle
<input type="checkbox"/> Pension de retraite
<input type="checkbox"/> Bourse d'études
<input type="checkbox"/> Autre

J'ai cédé à titre onéreux des biens immeubles et/ou meubles (par exemple un bijou, un véhicule) au cours des dix dernières années

Non

Oui Objet de la cession :

Date :

Montant perçu :

J'ai donné à titre gratuit des biens immeubles et/ou meubles (par exemple un bijou, un véhicule) au cours des dix dernières années

Non

Oui

Objet de la donation :

Bénéficiaire de la donation :

Date :



3. SITUATION FAMILIALE ET COHABITATION

Autres personnes composant mon ménage			
Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté
.....	<input type="checkbox"/> Epoux(se) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Partenaire de vie <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre :
.....	<input type="checkbox"/> Epoux(se) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Partenaire de vie <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre :
.....	<input type="checkbox"/> Epoux(se) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Partenaire de vie <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre :
.....	<input type="checkbox"/> Epoux(se) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Partenaire de vie <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre :
.....	<input type="checkbox"/> Epoux(se) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Partenaire de vie <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre :
.....	<input type="checkbox"/> Epoux(se) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Partenaire de vie <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre :



4. RESSOURCES DES COHABITANTS DU MÉNAGE

Rem : Toutes les ressources du ménage doivent être déclarées pour le bon déroulement de l'enquête sociale (partenaire, ascendants et descendants au 1^{er} degré).

<input type="checkbox"/> NOM et Prénom du cohabitant :			
Type	€	Type	€
<input type="checkbox"/> Salaire	<input type="checkbox"/> Alloc. de Chômage	.....
<input type="checkbox"/> Revenus en tant qu'indépendant	<input type="checkbox"/> Indemn. de Mutuelle	.....
<input type="checkbox"/> Revenus non déclarés	<input type="checkbox"/> Pension de retraite	.....
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	<input type="checkbox"/> GRAPA	.....
<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.	<input type="checkbox"/> APA	.....
<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire	<input type="checkbox"/> Revenu d'intégration	.....
<input type="checkbox"/> Revenus locatifs	<input type="checkbox"/> Bourse d'études	.....
		<input type="checkbox"/> Autre : .....	.....
<input type="checkbox"/> NOM et Prénom du cohabitant :			
Type	€	Type	€
<input type="checkbox"/> Salaire	<input type="checkbox"/> Alloc. de Chômage	.....
<input type="checkbox"/> Revenus en tant qu'indépendant	<input type="checkbox"/> Indemn. de Mutuelle	.....
<input type="checkbox"/> Revenus non déclarés	<input type="checkbox"/> Pension de retraite	.....
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	<input type="checkbox"/> GRAPA	.....
<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.	<input type="checkbox"/> APA	.....
<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire	<input type="checkbox"/> Revenu d'intégration	.....
<input type="checkbox"/> Revenus locatifs	<input type="checkbox"/> Bourse d'études	.....
		<input type="checkbox"/> Autre : .....	.....
<input type="checkbox"/> NOM et Prénom du cohabitant :			
Type	€	Type	€
<input type="checkbox"/> Salaire	<input type="checkbox"/> Alloc. de Chômage	.....
<input type="checkbox"/> Revenus en tant qu'indépendant	<input type="checkbox"/> Indemn. de Mutuelle	.....
<input type="checkbox"/> Revenus non déclarés	<input type="checkbox"/> Pension de retraite	.....
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	<input type="checkbox"/> GRAPA	.....
<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.	<input type="checkbox"/> APA	.....
<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire	<input type="checkbox"/> Revenu d'intégration	.....
<input type="checkbox"/> Revenus locatifs	<input type="checkbox"/> Bourse d'études	.....
		<input type="checkbox"/> Autre : .....	.....



5. DÉBITEURS D'ALIMENTS

Rem : Débiteurs d'aliments ne faisant pas partie de votre ménage (ex-époux, parents, enfants majeurs)

Nous attirons votre attention sur le fait qu'en demandant une intervention financière au CPAS, celui-ci se réserve le droit de faire lui-même une enquête sur les ressources de vos débiteurs d'aliments et, le cas échéant, d'agir en remboursement total ou partiel des aides octroyées à l'encontre de ceux-ci.

<input type="checkbox"/> NOM et Prénom :		Lien de parenté :	
Type	€	Type	€
<input type="checkbox"/> Salaire	<input type="checkbox"/> Alloc. de Chômage	.....
<input type="checkbox"/> Revenus en tant qu'indépendant	<input type="checkbox"/> Indemn. de Mutuelle	.....
<input type="checkbox"/> Revenus non déclarés	<input type="checkbox"/> Pension de retraite	.....
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	<input type="checkbox"/> GRAPA	.....
<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.	<input type="checkbox"/> APA	.....
<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire	<input type="checkbox"/> Revenu d'intégration	.....
<input type="checkbox"/> Revenus locatifs	<input type="checkbox"/> Bourse d'études	.....
		<input type="checkbox"/> Autre : .....	.....
<input type="checkbox"/> NOM et Prénom :		Lien de parenté :	
Type	€	Type	€
<input type="checkbox"/> Salaire	<input type="checkbox"/> Salaire	.....
<input type="checkbox"/> Revenus en tant qu'indépendant	<input type="checkbox"/> Revenus en tant qu'indépendant	.....
<input type="checkbox"/> Revenus non déclarés	<input type="checkbox"/> Revenus non déclarés	.....
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	<input type="checkbox"/> Allocations familiales	.....
<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.	<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.	.....
<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire	<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire	.....
<input type="checkbox"/> Revenus locatifs	<input type="checkbox"/> Revenus locatifs	.....
<input type="checkbox"/> NOM et Prénom :		Lien de parenté :	
Type	€	Type	€
<input type="checkbox"/> Salaire	<input type="checkbox"/> Salaire	.....
<input type="checkbox"/> Revenus en tant qu'indépendant	<input type="checkbox"/> Revenus en tant qu'indépendant	.....
<input type="checkbox"/> Revenus non déclarés	<input type="checkbox"/> Revenus non déclarés	.....
<input type="checkbox"/> Allocations familiales	<input type="checkbox"/> Allocations familiales	.....
<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.	<input type="checkbox"/> Pens. d'handicap.	.....
<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire	<input type="checkbox"/> Pension Alimentaire	.....
<input type="checkbox"/> Revenus locatifs	<input type="checkbox"/> Revenus locatifs	.....



6. DONNÉES DIVERSES

J'ai des économies de plus de 6.200€

Provenance (héritage, économies,...) :

Montant du capital (estimation du capital mobilier en €) :

J'ai un véhicule personnel

Type de véhicule :

Depuis :

Année du véhicule :

Je suis redevable d'une pension alimentaire pour un enfant

Fixée par jugement : OUI NON

Montant :

J'ai des dettes envers des créanciers

Créancier	Nature de la dette	Montant actuel de la dette
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je suis représenté par un administrateur de biens

Nom et Prénom de l'administrateur :

Téléphone de l'administrateur :

Je suis accompagné par un médiateur de dettes

Nom et Prénom du médiateur de dettes :

Téléphone de l'administrateur :



7. DONNÉES BANCAIRES

Je soussigné(e) :

Date de naissance :

Domicilié(e) à :

Résidant à :

Déclare disposer du ou des comptes bancaires suivant(s)

IBAN :

(Je demande le versement de mon aide sociale sur le numéro de compte ci-dessus)

IBAN :

IBAN :

Déclare ne pas disposer de compte à vue et demande le versement de mon aide sociale sur le numéro de compte

IBAN :

ouvert au nom de

Déclare disposer du ou des comptes épargne suivant(s)

IBAN :

IBAN :

IBAN :

Déclare ne pas disposer de compte épargne

Je déclare sur l'honneur ne pas avoir d'autre(s) compte(s) bancaire(s) ouvert(s) à mon nom.

Date et signature :

.....

