|  |  |
| --- | --- |
|  | ***DEMANDE DE PRIME******POUR TRAVAILLEUR INDEPENDANT*** |
| ***A transmettre au Bureau régional :***       |

|  |
| --- |
|  ***Merci de compléter TOUTES les rubriques !*** |
|  N° national :

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |   |   |

 |
|  [ ]  j’ai déjà obtenu une intervention de l’AViQ (anciennement AWIPH).  N° de dossier :       [ ]  je n’ai pas encore obtenu d’intervention de l’AViQ (ou elle m’a été refusée). Dans ce cas, des précisions sur votre handicap vous seront demandées  |
| Nom :       Prénom :      Adresse :      Tél./GSM :       Fax :       E-mail :      Date de naissance :       Nationalité :      Activité professionnelle (description) :      Date de début de l’activité :       |
| Le cas échéant, numéro d’inscription à l’ordre professionnel :       |
| N° Banque Carrefour des Entreprises  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TVA [ ]  |  | BE [ ]  |  |   |   |   |   |  |   |   |   |  |   |   |   |

 |
| Numéro de compte bancaire : |
| IBAN |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B | E |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |   |   |

 |

|  |
| --- |
| Pour les travailleurs indépendants qui exercent leur activité à titre complémentaire tout en exerçant une activité en tant que salarié : * régime de travail théorique à temps plein en tant que salarié :       heures/semaine
* régime de travail réel en tant que salarié :       heures/semaine
 |

* ***Je sollicite la prime aux travailleurs indépendants, selon les dispositions des articles 1124 à 1129 du Code wallon de l’Action sociale et de la Santé.***

[ ]  ***Je débute une nouvelle activité.***

[ ]  ***Je reprends mon activité après une interruption d’au moins six mois suite à un accident***

***ou à une maladie.***

[ ]  ***Mon activité est mise en péril par mon état de santé.***

* ***Je joins à la présente tout document utile prouvant la viabilité technique, économique, financière et sociale de l’activité. Par exemple : extrait de rôle, déclaration à l’INASTI, autorisation de prêt ou de subvention, ...***

(important ! sans ces documents, votre demande ne pourra pas être traitée)

Date :       Signature :