|  |  |
| --- | --- |
|  | ***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 :