|  |  |
| --- | --- |
|  | ***DEMANDE D’INTERVENTION DANS LES FRAIS******DE DEPLACEMENT AU LIEU DE TRAVAIL*** |
| ***A transmettre au Bureau régional :***      ***L’intervention prendra cours au plus tôt à la date*** ***de réception de cette demande.*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  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 :      Date de naissance :       Tél./GSM :       E-mail :      Lieu de travail (adresse) :       |

|  |
| --- |
| Je suis :[ ]  travailleur salarié[ ]  travailleur salarié dans une entreprise de travail adapté[ ]  travailleur indépendant |

|  |
| --- |
| Mode de déplacement utilisé : [ ]  véhicule dont je suis propriétaire, ou véhicule d’une tierce personne [ ]  taxi. Je certifie ne pas posséder de véhicule personnel et être dans l’impossibilité de disposer d’un véhicule, ou de me faire conduire par une tierce personne, ou de faire usage des services du TEC 105 ou des services privés adaptés équivalents. |

***Je sollicite l’intervention prévue aux articles 1140 à 1146 du Code wallon de l’Action sociale et de la Santé.***

Date :

 Signature :

***Votre demande sera examinée sur base du dossier médical constitué au Bureau régional.***

***Si celui-ci ne comporte pas les informations nécessaires à l’examen de votre demande,***

***le Bureau régional prendra contact avec vous.***