

# PRIME AIDANTS PROCHES

## Formulaire de demande

A faire parvenir, au service de la santé via l'adresse santé@etterbeek.be ou par dépôt direct sur place (hôtel communal – rez-de-chaussée – avenue d'Auderghem 113)

---

### Coordonnées du demandeur

Nom : Prénom : Sexe :

Adresse : CP :

E-mail : Téléphone /Gsm :

Coordonnées du compte bancaire :

---

Coordonnées de la personne aidée

Nom :

Prénom :

Numéro national :

### Motivations de la dépense

*! Cette prime est octroyée dans le cadre de la prévention du burn out et de l'essoufflement de l'aidant proche. Expliquez en quelques mots dans quels loisirs vous souhaitez l'utiliser.*

Pièce à remettre :

- le justificatif de votre mutuelle reconnaissant votre statut d'aidant proche

---

Je soussigné,.....

Certifie que toutes les données figurant sur ce formulaire sont exactes.

DATE : ..../..../....

Signature du demandeur :