

**N° Awiph :**

Réservé à l'Administration

rouge



## **Demande d'intervention en matière de Formation & d'Emploi.**

### **Ne remplissez pas ce formulaire si :**

- o vous souhaitez d'abord en savoir plus sur ce que l'Awiph peut faire pour vous
- o vous êtes déjà reconnu par l'Agence et qu'elle vous a accordé une intervention depuis moins de cinq ans

o **Consultez plutôt le site internet de l'Agence ([www.awiph.be](http://www.awiph.be)),**

o **appelez le numéro gratuit (0800 / 160 61) ou**

o **prenez contact avec le Bureau régional le plus proche** (voir adresses en page 4)

**Vous pouvez également contacter un Carrefour Emploi Formation**

*L'A.W.I.P.H., instituée par le décret du 6 avril 1995, a pour but de promouvoir, en Région wallonne, l'intégration des personnes handicapées. Elle a pour mission d'apporter un certain nombre d'aides ou de services aux personnes handicapées résidant sur le territoire de la Région wallonne (moyennant certaines conditions de nationalité), âgées de moins de 65 ans au moment de l'introduction de leur première demande.*

*Si vous souhaitez être aidé pour compléter ce formulaire ou obtenir des informations complémentaires, n'hésitez pas à prendre contact avec votre Bureau régional.*

*Les informations transmises ou récoltées dans le cadre de l'instruction de la demande seront traitées conformément aux règles de protection de la vie privée instituées par la loi du 8 décembre 1992. Conformément aux dispositions de cette loi, les informations enregistrées par l'AWIPH sont communiquées à la personne handicapée à sa demande et, le cas échéant, rectifiées.*

**PERSONNE POUR LAQUELLE LA DEMANDE EST FORMULEE**

*Si vous avez déjà fait appel à l'AWIPH, indiquez votre N° de dossier : AW/ .....*

Numéro d'inscription au registre national ou au registre des étrangers :

*(Celui-ci figure au dos de votre carte d'identité)*

											-		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

NOM : .....  
*( en majuscules)*

Prénom(s) : .....  
*(ne renseigner que le(s) prénom(s) officiel(s))*

Sexe : .....  masculin .....  féminin

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
*(jour) (mois) (année)*

Nationalité :  belge  autre nationalité (à préciser) : .....  
date d'entrée en Belgique : .....

Domicile : Rue : .....

N° : ..... Boîte : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... / ..... Fax : ..... / .....  
*(où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau)*

GSM : ..... / .....

E mail : .....@ .....

Etat civil :

- célibataire
- marié(e)
- séparé(e)
- veuf(ve)
- divorcé(e)
- cohabitant(e)

## REPRESENTANT LEGAL OU REPRESENTANTS LEGAUX DE LA PERSONNE CONCERNEE

 Cadre(s) à compléter uniquement si :

- ⇒ la personne concernée est mineure (compléter les deux cadres si la personne a ses deux parents comme représentants légaux),
- ⇒ la personne concernée est majeure et bénéficie d'une mesure de protection (joindre une copie de la décision officielle).

Premier représentant légal :

NOM : .....  
( en majuscules)

Prénom(s) : .....  
(ne renseigner que le(s) prénom(s) officiel(s))

Date de naissance : ..... / ..... / .....  
(jour) (mois) (année)

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Domicile : Rue : .....  
N° : ..... Boîte : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Téléphone (GSM ou e-mail) où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau: .....

Lien de parenté (ou autre) avec la personne concernée : .....

Y a-t-il une décision de justice relative à la désignation d'un représentant légal ?

non  oui (en fournir copie en annexe s.v.p.)

Deuxième représentant légal (éventuel) :

NOM : .....  
( en majuscules)

Prénom(s) : .....  
(ne renseigner que le(s) prénom(s) officiel(s))

Date de naissance : ..... / ..... / .....  
(jour) (mois) (année)

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Domicile : Rue : .....  
N° : ..... Boîte : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Téléphone (GSM ou e-mail) où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau: .....

Lien de parenté (ou autre) avec la personne concernée : .....

Y a-t-il une décision de justice relative à la désignation d'un représentant légal ?

non  oui (en fournir copie en annexe s.v.p.)

**NATURE DE LA DEMANDE**

Décrivez brièvement ce qui vous amène à vous adresser à l'AWIPH : votre situation, les difficultés que vous rencontrez, que votre handicap entraîne dans votre recherche d'emploi ou dans votre emploi actuel (exemples : problèmes d'accessibilité, d'utilisation de matériel, de quantité de travail, de qualité de travail, de qualification, de préjugés, de discrimination, etc. :

.....

.....

.....

.....

Vous souhaitez que l'Agence : (cochez le/les cadres correspondants)

- vous aide à envisager ce que vous pourriez faire en matière d'emploi (orientation)*
- vous conseille en vue d'une formation*
- vous aide à garder votre emploi actuel*

De plus, si vous introduisez ce formulaire en vue d'une des aides ci-dessous, veuillez le préciser :

- une formation en entreprise (contrat d'adaptation professionnelle)*
- une formation en centre de formation spécialisé*
- l'exonération du droit d'inscription dans l'enseignement de promotion sociale*
- une aide à l'embauche*          *o prime au tutorat*  
   *o prime à l'intégration*
- une subvention à l'aménagement des conditions de travail*  
   *o prime de compensation*  
   *o d'une intervention dans le coût d'un aménagement d'un poste de travail*
- une intervention dans vos frais de déplacement du domicile au lieu de travail*
- une mise à l'emploi au sein d'une entreprise de travail adapté*

Dans le cas d'une demande d'une de ces interventions, ce formulaire doit être accompagné d'un autre document, complété en partie par votre employeur, en partie par vous-même. Il est disponible auprès des Bureaux régionaux (adresses en page 7), vous pouvez aussi le demander au Numéro gratuit **(0800/16061)** ou le télécharger sur le site internet de l'Agence **([www.awiph.be](http://www.awiph.be))**.

Vous voulez faire valoir votre reconnaissance par l'Awiph auprès d'un autre service :

- une Mission régionale pour l'Emploi*
- l'Office National de Sécurité Sociale*
- le Forem*
- un autre service ( veuillez préciser : ..... )*
- une attestation permettant d'obtenir la carte d'accompagnement pour le bus TEC 105*

Si vous avez un (d') autre(s) souhait(s), veuillez le (les) préciser s'il vous plaît :

.....

.....

.....

## ETUDES ET FORMATIONS

Complétez les lignes qui vous concernent

Type	Dates (de...à...)	Nombre d'années différentes suivies	Spécialisation éventuelle	Diplôme obtenu
<i>Exemple :</i>				
Professionnelle (A4)	<i>1982 - 1987</i>	<i>4</i>	<i>Mécanique auto</i>	<i>non</i>
Promotion sociale (cours du soir)	<i>2006 - ...</i>	<i>3 années prévues</i>	<i>néerlandais</i>	<i>sans objet à ce jour</i>
Primaires (enseignement ordinaire)				
Primaires (enseignement spécialisé)			Type :	
Secondaire spécial			Section : Type : Forme :	
Professionnelles (A4)				
Techniques (A3-A2)				
Secondaire général				
Enseignement supérieur non univ. (A1)				
Université				
Promotion sociale (cours du soir)				
Contrat d'apprentissage				
Formation AWIPH (contrat d'adaptation ou centre)				
Formation professionnelle FOREM				
Entreprise de formation par le travail (EFT)				
Autre (à préciser)				

## QUEL EST VOTRE PASSE PROFESSIONNEL EVENTUEL ?

Profession exercée	Employeur	Dates (de...à...)	Motif de changement éventuel

## ACTIVITES OU STATUT PROFESSIONNELS ACTUELS

Etes-vous :  étudiant

demandeur d'emploi inscrit au FOREM

bénéficiaire d'une allocation de chômage

bénéficiaire d'une allocation de mutuelle

bénéficiaire du revenu d'intégration accordé par un CPAS

travailleur

Si oui :  profession exercée : .....

statut :  indépendant

salarié en entreprise de Travail Adapté

salarié en entreprise privée

salarié en entreprise publique

depuis quand exercez-vous cette activité (date de début ou époque approximative) ?

pensionné ou pré-pensionné

autre (à préciser) : .....

Si vous possédez un curriculum vitae, vous pouvez le joindre.

Si vous avez d'autres besoins qui ne concernent pas l'orientation, la formation ou l'emploi (par ex. le besoin d'adapter un véhicule, être aidé par un service d'accompagnement ...) vous pouvez les indiquer ici ou compléter le formulaire spécifique (vert: accueil, hébergement, accompagnement-jaune: aide matérielle).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Souhaitez-vous qu'un conseiller de l'AWIPH prenne contact avec vous?

oui  non

Domicile situé dans les arrondissements ou les provinces suivants :	Bureau régional compétent : Ouvert de 9h à 12h et de 14h à 16h Plans d'accès sur <a href="http://www.awiph.be">www.awiph.be</a>	
Province de Hainaut: arrondissements de Tournai, Mons, Ath, Soignies et Mouscron.	Boulevard Gendebien, 3 ☎ 065/32 86 11 e-mail : brmons@awiph.be	7000 Mons Fax 065/35 27 34
Province de Hainaut: arrondissements de Charleroi et Thuin.	Rue de la Rivelaine, 11 ☎ 071/20 49 50 e-mail : brcharleroi@awiph.be	6061 Charleroi Fax 071/20 49 53
Province de Namur: arrondissement de Namur.	Place Joséphine Charlotte, 8 ☎ 081/33 19 11 e-mail : brnamur@awiph.be	5100 Jambes Fax 081/30 88 20
Province de Namur: arrondissements de Dinant et Philippeville.	Rue Léopold, 3 - 1er étage ☎ 082/21 33 11 e-mail : brdinant@awiph.be	5500 Dinant Fax 082/21 33 15
Province de Liège: arrondissements de Huy, Liège, Verviers (sauf Communauté germanophone) et Waremme.	Rue du Vertbois, 23-25 ☎ 04/221 69 11 e-mail : brliège@awiph.be	4000 Liège Fax 04/221 69 90
Province du Brabant Wallon: arrondissements de Nivelles et Wavre.	Espace Coeur de Ville, 1 3ème étage Fax 010/23 05 80	1340 Ottignies ☎ 010/23 05 60 e-mail : brottignies@awiph.be
Province de Luxembourg: arrondissements de Arlon, Bastogne, Virton	Rue du Village, 5 ☎ 061/23 03 60 e-mail : brlibramont@awiph.be	6800 Libramont Fax 061/23 03 76

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES ET DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A FOURNIR EN ANNEXE

Pour attester de votre handicap, joignez une copie des rapports médicaux, psychologiques ou sociaux que vous possédez, même s'ils ont été établis à destination d'autres organismes (utilisez l'enveloppe jointe ou une enveloppe fermée sur laquelle vous indiquez: "à l'attention du médecin du Bureau régional").

Votre médecin traitant est la personne la plus proche de vous qui connaît le mieux votre situation médicale personnelle et dispose du dossier médical global. S'il accepte de transmettre les informations relatives à votre situation, le Bureau régional peut fournir un modèle de bilan médical facilitant la communication de telles données.

Nom et prénom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Tél : .....

E-mail : .....

Dans le cadre de l'examen de cette demande d'intervention, j'autorise le Bureau régional à demander les données éventuellement nécessaires au(x) médecin(s), centre(s), service(s), mutuelle(s) ou institution(s) dont j'ai indiqué les coordonnées. Je l'autorise aussi à échanger des informations utiles me concernant avec d'autres services chargés de contribuer à mon insertion professionnelle.

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et véritables.

Signature du demandeur

(*personne concernée, mandataire ou représentant légal*) :

Date :        /        /

Nom :

Prénom :

Si vous êtes mandataire de la personne handicapée, veuillez joindre la procuration qu'elle vous a fournie et indiquer vos coordonnées.

Si le demandeur est dispensé de signature, veuillez joindre la photocopie de la carte d'identité.