

Apposer ici une vignette de la mutualité  
obligatoire

## FORMULAIRE PRIME PROVINCIALE DANS LES FRAIS DE TELEVIGILANCE

### 1. DECLARATION A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

NOM : ..... Prénom : .....

(Nom de jeune fille pour les femmes)

Adresse : Rue ..... n° : .....

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

Numéro de téléphone/GSM : .....

Adresse email : .....

Etat civil (biffer les mentions inutiles)

Célibataire

Marié.e

Cohabitant.e légal.e

Veuf.ve

Divorcé.e/séparé.e

Numéro de compte IBAN

B	E		
---	---	--	--

 - 

--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--	--

Revenus bruts imposables du ménage (pensions et autres revenus) ..... euros

(pièces justificatives à joindre à la présente demande).



---

SERVICE PROVINCIAL SOCIAL ET SANTÉ-INTERVENTIONS SOCIALES

Square Albert 1<sup>er</sup>, n°1 - 6700 ARLON

Tél. : 063/212 238

[sp.social@province.luxembourg.be](mailto:sp.social@province.luxembourg.be)

---

[www.province.luxembourg.be](http://www.province.luxembourg.be)

## 2 . DECLARATION A REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION COMMUNALE

Je soussigné ..... déclare que:

• Nom : ..... Prénom : .....

(nom de jeune fille pour les femmes)

Né(e) à ..... le .....

Marié(e) - célibataire - veuf(ve) - divorcé(e) - séparé(e) (\*)

Domicilié(e) rue ..... n° .....

Code postal : ..... Localité : .....

- Les membres du ménage vivant dans le même logement que le demandeur sont :

Noms -Prénoms	Date de naissance	Degré de parenté

- que la résidence du demandeur ne fait pas partie d'un hôtel, d'un home, d'une maison de repos ou toute autre forme de vie communautaire.

Sceau de la Commune

A....., le .....

Le Bourgmestre ou délégué(e),

### 3 . A COMPLETER PAR L'ORGANISME GESTIONNAIRE DU SERVICE DE TELEVIGILANCE

Je soussigné.e, ..... responsable .....  
(Nom et adresse de l'organisme gestionnaire du service de télévigilance)

certifie que Monsieur, Madame .....

- dispose à son domicile d'un appareil de télévigilance, placé par nos soins, émetteur-récepteur couplé sur un appareil téléphonique, depuis le .....
- que le montant mensuel de la location et/ou de la redevance de ce service s'élève à ..... euros.
- que le service dispose d'une centrale d'écoute permanente où un personnel qualifié est prêt à recevoir 24 heures sur 24 les appels des télé-assistés, de les identifier et de prendre les mesures qui s'imposent pour leur venir en aide.
- que le service s'engage à respecter le secret professionnel et à garantir au bénéficiaire la liberté de choix du médecin et des services médico-sociaux.
- que l'intervention de la Commune ou du C.P.A.S. s'élève à ..... euros/mois.
- que la quote-part restant à charge de l'intéressé(e) est de ..... euros/mois.
- que l'intéressé(e) effectue régulièrement ses paiements ? OUI - NON (\*)

Fait à ....., le .....  
(signature)

#### 4 . ATTESTATION DU DEGRE D'INVALIDITE DU DEMANDEUR

(Cette rubrique ne doit pas être remplie pour les personnes âgées de plus de 70 ans).

A remplir par l'organisme ayant fixé le degré d'invalidité ou un médecin au cas où aucun organisme n'a fixé ludit degré.

Je soussigné (NOM et prénom) : .....

- délégué de : .....

(nom et adresse de l'organisme)

.....

- docteur en médecine (adresse) : .....

déclare que M/Mme .....

habitant à .....

rue .....

souffre soit

- d'une infirmité temporaire - permanente (\*) de ..... **degrés**
- d'une infirmité physique de ..... **degrés** des membres inférieurs.

Fait, le .....

Sceau de l'organisme  
ou du médecin

Signature,

#### 5 . ATTESTATION DU MEDECIN - POUR RAISONS MEDICO-SOCIALES

(Cette rubrique ne doit pas être remplie pour les personnes âgées de plus de 70 ans).

Je soussigné (NOM et prénom) : .....

docteur en médecine (adresse) : .....

déclare que M/Mme .....

• doit absolument disposer d'un appareil de télévigilance pour raisons médico-sociales associées à sa condition d'isolement telle que définie dans le règlement provincial y relatif ci-joint (par exemple grossesse à risque, risque d'infarctus, etc...).

• que cet appareil de télévigilance est nécessaire à l'intéressé(e) depuis le ..... jusqu'au .....

Sceau du médecin

Fait, le .....

Signature,

## 6 .DECLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare avoir pris connaissance du règlement relatif à la présente demande de prime provinciale et en particulier des articles 10 et 14 prévoyant l'obligation de rembourser les primes à la Province de Luxembourg en cas de fausse déclaration et le droit d'enquête au sujet des renseignements et documents fournis.

Date : .....

Le demandeur, (signature)

### IMPORTANT

#### 1. La présente demande est à envoyer à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur général provincial  
Service Provincial Social et Santé  
Interventions Sociales  
1, Square Albert 1er, 6700 ARLON

#### 2. Il y a lieu de ne pas omettre de joindre à la présente :

- une copie de l'avertissement-extrait de rôle (le dernier qui a été mis en votre possession) relatif à l'impôt des **personnes physiques**  
ou
- une copie de l'attestation BIM délivrée par votre mutuelle  
ou
- à défaut, tout autre document probant.

#### 3. Pour tout renseignement, **voir ci-dessous** :



---

SERVICE PROVINCIAL SOCIAL ET SANTÉ-INTERVENTIONS SOCIALES  
Square Albert 1<sup>er</sup>, n°1 - 6700 ARLON  
Tél. : 063/212 238  
[sp.social@province.luxembourg.be](mailto:sp.social@province.luxembourg.be)

---

[www.province.luxembourg.be](http://www.province.luxembourg.be)