

DECLARATION D'IDENTITE ET DE COMPTE FINANCIER

Pour le remboursement de l'aide accordée au dossier n°

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

N° national : -

Domicile : N°: Boite :

Code postal : Commune :

Téléphone : Mail :

Agissant : en mon nom personnel
 en tant que représentant légalⁱ de

Nom Prénom

N° national : -

domicilié(e) à la même adresse ou domicilié(e) à l'adresse ci-dessous :

..... N°: Boite : Code postal :

Demande que le Service PHARE verse les sommes qui seraient dues à la personne susmentionnée sur

le compte : BE - - -

BIC ou SWIFT :

- ouvert au nom de la personne admise au Service PHARE
 ouvert au nom du représentant légal signataire (le nom du seul titulaire doit être indiqué si compte en commun)

Attention : signer au verso

Objet précis de la demande :

- Activation première tranche forfait produits absorbants
 - Mise à jour données d'identité et/ou bancaires
 - Autre (à préciser) :
-

Certifié sincère et véritable ,

A, le

Signature du déclarant ¹,
(signature de la personne handicapée ou de son représentant légal),

Envoyez ce document au Service PHARE :

- soit via l'adresse électronique suivante : info.phare@spfb.brussels
- soit par courrier à l'adresse suivante : Service PHARE - Rue des Palais 42 - 1030 Bruxelles
- soit en le déposant à la même adresse.

¹ Si la personne est majeure, joindre la décision de justice désignant la personne qui est habilitée à signer le présent document.