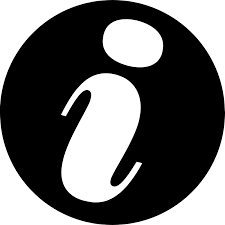
# SUBSIDES

# DEMANDE MAISON DE REPOS PC 330

Madame, Monsieur,

Consulter les lignes directives [‘Financer votre projet de formation’](https://www.fe-bi.org/fr/secteurs/Fonds/36993/cp-330-secteur-des-personnes-agees-formation-projets-subsidies) avant de soumettre la demande.

**Attention : tout document complété manuellement ne sera pas traité.**

* Veuillez envoyer votre formulaire de demande dûment complété par voie électronique sous format WORD (non scanné) à l'adresse e-mail suivante : [formationpersonnesagees@fe-bi.org](mailto:formationpersonnesagees@fe-bi.org).
* Si votre institution n'est pas encore connue du Fonds ou que vos coordonnées bancaires ont été modifiées, il est possible que le Fonds vous demande de lui faire parvenir un extrait de compte bancaire.
* Le document doit être dûment complété par l'employeur.
* Pour chaque formation, un nouveau formulaire de demande devra être complété.
* Nous vous informons que vos travailleurs doivent également être au courant des différentes actions proposées par l’asbl FeBi moyennant le formulaire disponible sur notre site : [Concertation sociale](file:///\\Tunafix\shareddata\FeBi\05%20Form_Vorm\08%20OZ_PA_2021\03%20Projecten\SUBSIDIES\%09:%20https:\www.fe-bi.org\fr\secteurs\Fonds\2471\cp-330-secteur-des-personnes-agees-formation)
* Vous pouvez trouver notre politique de confidentialité complète [ici](https://www.fe-bi.org/fr/privacypolicy)

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION DE L’INSTITUTION** | |
| Nom de l’institution | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Rue et numéro | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Code postale et commune | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| ONSS- numéro (XX- XXXXXXX-XX) | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| TVA – numéro (numéro d'entreprise) | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Nom de la personne de contact | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Fonction | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adresse e-mail | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Numéro de téléphone | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Numéro de compte bancaire de l’institution: | BEKlik of tik om tekst in te voeren. |
| Souhaitez-vous recevoir nos news lettres? | Oui  Non |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Thème choisis | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Titre de la formation | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Brève description et objectif de la formation | Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE PARTICIPANTS**  C:\Users\ago\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\6E24FCB8.tmpUniquement pour les employés liés par un contrat de travail avec un employeur appartenant aux groupes à risque. | |
| Nombre de participants appartenant aux groupes à risques | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Nombre de participants n’appartenant pas aux groupes à risques | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| **DUREE DE LA FORMATION** | |
| Date du premier jour de formation | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Nombre d’heure de formation Jour 1 | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Nombre de participants dans les groupes à risque JOUR 1 | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| Si un deuxième jour est prévu, merci de remplir le formulaire ci-dessous: | |
| Date de formation Jour 2 | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Nombre d’heure de formation Jour 2 | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Nombre de participants dans les groupes à risque JOUR 2 | Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |  |
| --- | --- |
| **DONNEES DE L’OPERATEUR DE FORMATION** | |
| Nom de l’institution | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Rue et numéro | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Code postale et commune | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Forme juridique | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Nom du formateur-rice | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Numéro de téléphone | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adresse e-mail de la personne de contact | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| **FINANCEMENT DE LA FORMATION**  **Si INTRA MUROS OU ONLINE** | |
| Rémunération du formateur externe  (jour 1 + jour 2 si prévu) | Klik of tik om tekst in te voeren. €/ TVAC |
| Frais de déplacement d'un formateur externe  (max. 25 € par session de 4h minimum) | Klik of tik om tekst in te voeren. €/ TVAC |
| Montant total des coûts | Klik of tik om tekst in te voeren. €/ TVAC |
| Montant total demandé au Fonds | Klik of tik om tekst in te voeren. €/ TVAC |

|  |  |
| --- | --- |
| **FINANCEMENT DE LA FORMATION**  **Si EXTRAMUROS** | |
| Frais d'inscription par participant | Klik of tik om tekst in te voeren. €/ TVAC |
| Nombre de participants | Klik of tik om tekst in te voeren. €/ TVAC |
| Coût total de la formation | Klik of tik om tekst in te voeren. **€/ TVAC** |
| Montant total demandé au Fonds | Klik of tik om tekst in te voeren. **€/ TVAC** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONDITITONS DE PAIEMENT**  Je déclare avoir pris connaissance des modalités décrites dans les lignes directives : ‘[***financer votre projet de formation’***](https://www.fe-bi.org/fr/secteurs/Fonds/36993/cp-330-secteur-des-personnes-agees-formation-projets-subsidies)et suis d’accord avec le principe selon lequel le règlement final aura lieu après réception des pièces justificatives. | |
| Nom de la personne ayant rempli la demande | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Date de la demande: | Klik of tik om tekst in te voeren. |