

**AGENCE WALLONNE DE LA SANTE, DE LA PROTECTION SOCIALE, DU
HANDICAP ET DES FAMILLES**

Ce formulaire concerne les coûts salariaux et/ou frais engendrés l'année précédant l'année de la demande. Il doit être envoyé à la SSMG (Rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles) :

- au plus tard le 31 mai ;
- soit par mail avec accusé de réception, soit par courrier postal (dans ce cas, le cachet de la poste doit être daté du 31 mai au plus tard).

**Demande d'intervention dans les coûts salariaux et/ou de recours à
des services pour deux ou plusieurs médecins faisant partie
d'un groupement, en ce compris les maisons médicales**

Les interventions pour les coûts salariaux et les coûts relatifs au télésecrétariat ne sont pas cumulables pour la même période.

PRÉAMBULE

1. En cas de nouvelle demande, passer directement au point 3.
2. En cas de renouvellement :
 - 2.1. Le groupement a-t-il modifié sa composition ? oui – non
 - 2.2. Y a-t-il des modifications au niveau des employés ? oui – non
 - 2.3. Votre association a-t-elle fait appel à un nouveau télé secrétariat ? oui – non

Renseignements complémentaires éventuels :

IDENTITE DU DEMANDEUR ET BENEFICIAIRE DE PAIEMENT

3. La demande est introduite par un groupement en tant que (cochez ce qui convient) :
- Personne morale : aller au point 4.
 - Association sans personnalité juridique (association de fait, société simple, ...) : aller au point 5.

4. IDENTITÉ DU DEMANDEUR EN TANT QUE PERSONNE MORALE :

Nom de l'entité :

Numéro d'entreprise (BCE) :

Adresse siège social :

Rue/place/avenue (à préciser) :

N°/boîte :

Code postal :

Commune :

Numéro de compte à compléter uniquement si cette société est le bénéficiaire de paiement de l'intervention Impulseo : IBAN _____ BIC _____

5. IDENTITÉ DU DEMANDEUR EN TANT QU'ASSOCIATION SANS PERSONNALITÉ JURIDIQUE :

Nom de l'association :

Numéro de BCE :

Il n'est pas possible de verser le montant de l'intervention Impulseo sur le compte d'une association sans personnalité juridique mais uniquement aux médecins composant le groupement conformément à la convention de collaboration.

Veillez compléter le tableau de répartition repris à l'annexe 1

COMPOSITION DU GROUPEMENT

Il y a lieu de compléter ici les données de tous les médecins faisant partie du groupement et qui sollicitent l'intervention. Si le nombre de médecins est supérieur à deux, veuillez remplir l'annexe 2.

IDENTITÉ DU MEDECIN 1 :

Nom :

Prénom :

Tél/GSM :

Adresse installation :

Rue/place/avenue (à préciser) :

N°/boîte :

Code postal :

Commune :

Date de début de la participation au groupement :

Date de fin de la participation au groupement :

IDENTITÉ DU MEDECIN 2 :

Nom :

Prénom :

Tél/GSM :

Adresse installation :

Rue/place/avenue (à préciser) :

N°/boîte :

Code postal :

Commune :

Date de début de la participation au groupement :

Date de fin de la participation au groupement :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Les médecins généralistes faisant partie du groupement sont-ils connectés au Réseau santé wallon ?
Oui – Non
- Chacun des médecins généralistes faisant partie du groupement a-t-il déjà publié au moins 1 Sumehr sur le Réseau Santé wallon ?
Oui - Non
- En ce qui concerne les associations de santé intégrée :
 - ASI à l'acte – au forfait
 - Perçoivent-elles une autre intervention provenant de toute autre autorité ? oui – non
Si oui, laquelle ?

DONNÉES DE(S) L'EMPLOYÉ(S) ADMINISTRATIF(S)

Il y a lieu de compléter ici les données des employés administratifs pour lesquels l'intervention est demandée. Si la demande concerne plus de deux employés administratifs, veuillez remplir l'annexe 3.

Afin que le(s) employé(s) soi(en)t pris en compte dans le calcul du montant du subside, ce(s) dernier(s) doit(vent) être engagé(s) pour une période d'un mois minimum et employé(s) pour au moins un tiers d'équivalent temps plein.

EMPLOYÉ ADMINISTRATIF 1

Nom : _____ Prénom : _____
Date de début d'engagement : _____
Date de fin d'engagement : _____
Pourcentage équivalent temps plein de l'emploi : ____% (____ h/sem.)
Coût salarial total indiqué sur l'attestation du secrétariat social (annexe 4 à compléter): _____
Coût salarial total indiqué sur l'attestation de l'employeur (annexe 5 à compléter): _____
Coût salarial global (addition des deux coûts repris ci-dessus) : _____

EMPLOYÉ ADMINISTRATIF 2

Nom : _____ Prénom : _____
Date de début d'engagement : _____
Date de fin d'engagement : _____
Pourcentage équivalent temps plein de l'emploi : ____% (____ h/sem.)
Coût salarial total indiqué sur l'attestation du secrétariat social (annexe 4 à compléter): _____
Coût salarial total indiqué sur l'attestation de l'employeur (annexe 5 à compléter): _____
Coût salarial global (addition des deux coûts repris ci-dessus) : _____

DONNÉES DU SERVICE DE TÉLÉSECRETARIAT

Il y a lieu de compléter ici les données du service de télésecrétariat pour lequel l'intervention est demandée. Si la demande concerne plusieurs télésecrétariats, veuillez remplir l'annexe 6.

Nom du service télésecrétariat: _____
Adresse: _____ N°+ Boîte: _____
Code postal: _____ Lieu: _____
Période du contrat : _____
Facture mensuelle : OUI-NON nombre de factures : _____
Facture annuelle : OUI-NON
Total des frais de services : _____

2- Association sans personnalité juridique

Médecin généraliste 1:

Nom: Prénom:

Fait à: Le:

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 2:

Nom: Prénom:

Fait à: Le:

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Dans le cas où il y a plus de 2 médecins généralistes: compléter annexe 7

Les données recueillies dans le présent formulaire seront traitées dans le cadre de l'examen de votre demande Impulseo réalisé conformément à l'Arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds « Impulseo » pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement.

Comme le veut le Règlement général sur la protection des données (RGPD) et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, nous vous signalons que :

- les données que vous fournissez en complétant le formulaire sont destinées à assurer le suivi de votre dossier au sein de l'AVIQ pour ce qui concerne le contrôle des subventions qui vous sont octroyées en lien avec vos frais de personnel. Elles sont transmises uniquement au Service de l'AVIQ responsable de ce traitement ;
- vous pouvez avoir accès aux données à caractère personnel vous concernant qui sont éventuellement détenues par l'AVIQ en introduisant une demande par mail à l'adresse DPO@aviq.be ;
- vous pouvez exercer le droit à la rectification de vos données en vous adressant par mail à l'adresse DPO@aviq.be;
- les droits à l'effacement des données, à la limitation du traitement et à l'opposition au traitement ne peuvent s'exercer que dans certains cas spécifiques et limités vis-à-vis des autorités publiques. La Cellule protection des données de l'AVIQ (DPO@aviq.be) vous précisera si l'exercice de tels droits est possible pour le traitement concerné.

DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

Veillez-vous référer à l'**annexe 8** : liste des documents à joindre – groupement de médecins.

Nombre d'annexes :