

Distributeur : .....

**DEMANDE D'INTERVENTION DU FAT  
(Fonds des Améliorations Techniques)**

CPAS de : .....

**BÉNÉFICIAIRE (A REMPLIR PAR LE CPAS)**

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : ..... N ° ..... Bte .....

C.P. : ..... Localité .....

N° de Client : .....

Propriétaire : oui – non

Locataire : oui – non

**Personne de contact au sein du CPAS :**

Nom : .....

Tel : .....

Adresse mail : .....

**DÉTAIL DE L'INTERVENTION DU FAT (A REMPLIR PAR LE CPAS) :**

**A. Type de travaux** (cfr Liste des types de financement au verso) : .....

Montant du devis<sup>1</sup> des travaux ou des fournitures : .....€

Montant sollicité du FAT : .....€

**B. Prévention :**

Projet présenté par le CPAS : .....

Montant sollicité du FAT : .....

A régler directement à :

L'entreprise qui exécute les travaux :

Nom : .....

Personne de contact : .....

Compte bancaire : BE .....

OU

CPAS :

Référence du dossier : .....

Compte bancaire : BE .....

**INTERVENTION DU FAT (A REMPLIR PAR LE DISTRIBUTEUR)**

Montant approuvé<sup>2</sup> par le distributeur : .....€

Motif du refus d'intervention (le cas échéant) :

**Date :**

**Signature Distributeur :**

<sup>1</sup> Joindre le devis en annexe

<sup>2</sup> Le distributeur signe le devis pour accord, le cas échéant précise le montant qu'il prend en charge (=garantie pour l'entrepreneur d'être payé)