

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 devis¹ 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 approuvé² par le distributeur :€

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

Date :

Signature Distributeur :

¹ Joindre le devis en annexe

² 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)