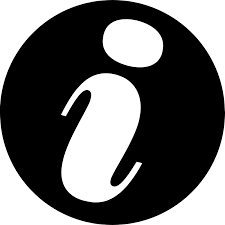
# FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT COVID-19.

Madame, Monsieur,

Consulter les lignes directives ‘[Financer votre projet de formation’](https://www.fe-bi.org/fr/secteurs/Fonds/32424/cp-330-secteur-des-personnes-agees-formation-projets-subsidies-covid-19) 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.
* Un formulaire d’inscription par demande avec un maximum de deux jours de formation.
* 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\03%20Projecten\COVIDSUB20\FR\Documenten%20Project\Documenten%20beschikaar%20voor%20WZC%20via%20website\Doc%20Bart\%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 newslettres? | Oui  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION DE LA FORMATION** | |
| Quel type de formation souhaitez-vous suivre ? | Training Coaching |
| Quel thème choisissez-vous? A of B? | A: Rétablissement de la cohésion d’équipe |
|  | B: Prendre soin de soi |
| Titre de la formation ? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Formation online ? | Oui  Non |
| 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 et appartenant aux groupes à risque. Exceptionnellement **20 %** du nombre total de participants à une formation peut **ne pas** appartenir aux groupes à risques. | |
| 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**  **IN SITU ou EN LIGNE** | |
| 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 EXTERN – en dehors de l’institution** | |
| 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/32424/cp-330-secteur-des-personnes-agees-formation-projets-subsidies-covid-19)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. |