MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE
DIVISION DU LOGEMENT
Service ADEL / Dos. n° .....

ADEL Attestation à établir par la Caisse d'allocations familiales, la Caisse d'assurances sociales pour travailleurs indépendants, l'Etat, la Province ou l'Organisme compétent, et à restituer au demandeur	**FORMULAIRE F**

Le formulaire, dûment complété, doit être renvoyé à la Division du Logement, PAR LE DEMANDEUR

CADRE I	**A COMPLETER PREALABLEMENT PAR LE DEMANDEUR DE PRIME**

Nom et prénom du demandeur : ..... né(e) le .....

Nom et prénom du conjoint ou concubin(e) : ..... né(e) le .....

domicilié(s) à ..... rue ..... n° .....

Si vous travaillez pour compte d'un employeur, prière de fournir les renseignements suivants :

Identification de l'employeur : .....

Adresse : ..... rue ..... n° .....

CADRE II	**A COMPLETER PAR LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES, LA CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES POUR TRAVAILLEURS INDEPENDANTS, L'ETAT, LA PROVINCE OU L'ORGANISME COMPETENT, et à restituer au demandeur.**

Je soussigné (1) .....

atteste que les allocations familiales sont payées :

- au demandeur de prime (2)
- au conjoint du demandeur de prime (2)
- à une tierce personne (2) (préciser l'identité) : .....

pour les enfants énumérés ci-après :

NOM ET PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	HANDICAPS (3)
.....		.....
.....		.....
.....		.....
.....		.....
.....		.....
.....		.....

N° d'immatriculation : .....

A ....., le .....

Signature ,

CACHET

(1) Nom, prénom et qualité du signataire.
(2) Biffer les mentions inutiles.
(3) Inscrire la mention *"Hand"* en regard du nom des enfants reconnus inaptes à 66 % au moins pour l'application des lois relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (ou assimilés) ou indépendant.
Inscrire la mention *"en cours d'instruction"* en regard du nom des enfants si une demande de reconnaissance d'inaptitude en vertu des lois précitées a été introduite auprès de vos services.