

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE

DIVISION DU LOGEMENT

Service «PRIME A LA REHABILITATION
EN FAVEUR DES LOCATAIRES»

Rue des Brigades d'Irlande, 1

5100 NAMUR

☎ (081) 33.22.19

FORMULAIRE A 417

**PRIME A LA REHABILITATION
EN FAVEUR DES LOCATAIRES**

Arrêté du Gouvernement wallon
du 21 janvier 1999

Formulaire à compléter par l'Administration communale du ressort du logement à réhabiliter

NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR :

LIEU ET DATE DE NAISSANCE :

DOMICILE DU DEMANDEUR :

CODE POSTAL : COMMUNE :

NOM ET PRENOM DU (FUTUR) CONJOINT OU CONCUBIN :

Adresse du logement qui fait l'objet de la demande :

Code postal : Commune :

ATTESTATION

Le soussigné, Bourgmestre de

atteste que le logement désigné ci-dessus comme le logement faisant l'objet
de la demande a été occupé pour la première fois en tant que tel
le^(*)

Fait à, le

Le Bourgmestre,

Sceau de la Commune

**A FAIRE COMPLÉTER PAR L'ADMINISTRATION COMMUNALE
DU RESSORT DU LOGEMENT A REHABILITER**

(*) Si cette date, trop ancienne, n'est pas connue avec précision, indiquer l'année approximative de la première occupation.

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE

DIVISION DU LOGEMENT

Service «PRIME A LA REHABILITATION
EN FAVEUR DES LOCATAIRES»

Rue des Brigades d'Irlande, 1

5100 NAMUR

☎ (081) 33.22.19

FORMULAIRE B 417

**PRIME A LA REHABILITATION
EN FAVEUR DES LOCATAIRES**

Arrêté du Gouvernement wallon
du 21 janvier 1999

Nom et prénom du demandeur :

Adresse du logement qui fait l'objet
de la demande (A) :

Code postal : Commune :

DECLARATIONS DU (DES) PROPRIETAIRE(S)

(PERSONNE PHYSIQUE, POUVOIR LOCAL OU ASSOCIATION DE PROMOTION DU LOGEMENT)

Je (nous) soussigné(s) (nom, prénom)

(co)propriétaire(s) du logement objet de la demande, autorise(ons) le Receveur de
l'Enregistrement à délivrer le présent certificat au demandeur de prime.

Fait à, le

Signature du (des) copropriétaire(s)

CERTIFICAT A ETABLIR PAR LE RECEVEUR DE L'ENREGISTREMENT

Je soussigné, Receveur de l'Enregistrement et des Domaines à
Certifie, d'après les documents dont il dispose, que le logement supra (A) comme logement
faisant l'objet de la demande est la propriété des personnes désignées ci-après :

DESIGNATION CADASTRALE		NATURE DU BIEN	
SECTION	N°		
NOM ET PRENOM DU (DES) (CO)PROPRIETAIRE(S)		NATURE DU DROIT ET QUOTITE(S) POSSEDEE(S)	

Le (signature)

Salaire perçu

Rég n° 20.....

(NOM DU RECEVEUR)

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE

DIVISION DU LOGEMENT

Service «PRIME A LA REHABILITATION
EN FAVEUR DES LOCATAIRES»

Rue des Brigades d'Irlande, 1

5100 NAMUR

☎ (081) 33.22.19

FORMULAIRE Bbis 417

**PRIME A LA REHABILITATION
EN FAVEUR DES LOCATAIRES**

Arrêté du Gouvernement wallon
du 21 janvier 1999

Formulaire à compléter par le Receveur de l'Enregistrement et des Domaines du ressort du bâtiment à réhabiliter (l'adresse de ce fonctionnaire peut être obtenue auprès de l'Administration communale) et, le cas échéant, par les autres bureaux de l'enregistrement concernés.

NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR :

LIEU ET DATE DE NAISSANCE :

DOMICILE DU DEMANDEUR :

CODE POSTAL : COMMUNE :

NOM ET PRENOM DU CONJOINT OU CONCUBIN :

LIEU ET DATE DE NAISSANCE :

CADRE I

CERTIFICAT A ETABLIR PAR LE RECEVEUR DE L'ENREGISTREMENT

Le soussigné, Receveur de l'Enregistrement et des Domaines à

1° certifie, d'après les documents dont il dispose, que le demandeur désigné ci-dessus et/ou son conjoint ou concubin est (sont) titulaire(s), dans le ressort du bureau, des droits réels immobiliers suivants :

ADRESSE	DESIGNATION CADASTRALE	NATURE DU BIEN	NATURE DU DROIT

2° certifie en outre, que cette personne et/ou son conjoint a (ont) procédé, au cours des deux années écoulées, aux aliénations des droits réels immobiliers suivants :

ADRESSE	DESIGNATION CADASTRALE	NATURE DU BIEN	NATURE DU DROIT

Autres bureaux à consulter :

.....
.....

SCEAU

Le (signature)

Salaire perçu

Rég. n° 20

(NOM DU RECEVEUR)

CADRE II**CERTIFICAT A ETABLIR PAR LE RECEVEUR DE L'ENREGISTREMENT**

Le soussigné, Receveur de l'Enregistrement et des Domaines à
certifie, d'après les documents dont il dispose, que le(s) requérant(s) désignés ci-dessus
1° est (sont) titulaire(s), dans le ressort du bureau, des droits réels immobiliers suivants :

ADRESSE	DESIGNATION CADASTRALE	NATURE DU BIEN	NATURE DU DROIT

2° a (ont) procédé, au cours des deux années écoulées, aux aliénations des droits réels immobiliers ci-après :

ADRESSE	DESIGNATION CADASTRALE	NATURE DU BIEN	NATURE DU DROIT

Autres bureaux à consulter :

.....
.....

SCEAU Le (signature)

Salaire perçu

Rég. n° 20

(NOM DU RECEVEUR)

CADRE III**CERTIFICAT A ETABLIR PAR LE RECEVEUR DE L'ENREGISTREMENT**

Le soussigné, Receveur de l'Enregistrement et des Domaines à
certifie, d'après les documents dont il dispose, que le(s) requérant(s) désignés ci-dessus
1° est (sont) titulaire(s), dans le ressort du bureau, des droits réels immobiliers suivants :

ADRESSE	DESIGNATION CADASTRALE	NATURE DU BIEN	NATURE DU DROIT

2° a (ont) procédé, au cours des deux années écoulées, aux aliénations des droits réels immobiliers ci-après :

ADRESSE	DESIGNATION CADASTRALE	NATURE DU BIEN	NATURE DU DROIT

Autres bureaux à consulter :

.....
.....

SCEAU Le (signature)

Salaire perçu

Rég. n° 20

(NOM DU RECEVEUR)

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE

DIVISION DU LOGEMENT

Service «PRIME A LA REHABILITATION
EN FAVEUR DES LOCATAIRES»

Rue des Brigades d'Irlande, 1

5100 NAMUR

☎ (081) 33.22.19

FORMULAIRE F 417

**PRIME A LA REHABILITATION
EN FAVEUR DES LOCATAIRES**

Arrêté du Gouvernement wallon
du 21 janvier 1999

Formulaire à compléter par la Caisse d'allocations familiales dont dépend le demandeur

A COMPLETER VOUS-MÊME

NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR :

LIEU ET DATE DE NAISSANCE :

DOMICILE DU DEMANDEUR :

CODE POSTAL : COMMUNE :

NOM ET PRENOM DU (FUTUR) CONJOINT OU CONCUBIN :

.....

ADRESSE DU LOGEMENT QUI FAIT L'OBJET DE LA DEMANDE :

.....

CODE POSTAL : COMMUNE :

**A COMPLER PAR LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES, LA CAISSE D'ASSURANCES
SOCIALES POUR TRAVAILLEURS INDEPENDANTS, LA PROVINCE, LE MINISTERE O U
L'ORGANISME COMPETENT, QUI DOIT LE RESTITUER AU DEMANDEUR**

Je, soussigné(e) ⁽¹⁾

atteste que des allocation 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 :

NOMS ET PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	HANDICAPES ⁽³⁾
.....
.....
.....

N° d'immatriculation: A, le

CACHET

Signature

⁽¹⁾ Nom, prénom et qualité du signataire.

⁽²⁾ Biffer les mentions inutiles.

⁽³⁾ Inscrire la mention «Hand» en regard du nom des enfants reconnus handicapés à 66 % au moins pour l'application des lois relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (ou assimilés) ou indépendants. Si ce n'est pas le cas inscrire NEANT.