

Prestataire de services

Formulaire de demande d'agrément du prestataire de services Fonds Retour Au Travail





| Informations sur le prestataire de services | | |
|---|----------------------|-------|
| Nom de l'organisation* | | |
| | | |
| Numéro d'identification BCE* | | |
| | | |
| Rue* | Numéro* | Boîte |
| | | |
| Ville* | Code postal* | Pays* |
| | | |
| Adresse e-mail * | Numéro de téléphone* | |
| | | |

Nom du label de qualité reçu (liste)*: _____

- Je joins la preuve que j'ai reçu officiellement le label de qualité de l'organisme d'attribution*.

Offre de services spécialisés:

Description de l'offre *:

| | |
|---|--|
|  <p>Avenue Galilée 5/01 1210 Bruxelles</p> |  <p>+32(0)2 524 97 97 du lundi au vendredi de 8h à 13h</p> |
|  <p>fonds-dp@riziv-inami.fgov.be</p> |  <p>https://forms.inami.fgov.be/</p> |





Restriction de l'offre à certains groupes cibles*

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir une explication ci-dessous (en indiquant notamment quel(s) groupe(s) cible(s)):

Le nombre maximum d'heures qui peuvent être consacrées dans le cadre de ces services spécialisés*: _____

Sur la **page suivante**, l'organisation doit indiquer les coordonnées de chaque prestataire de services au sein de l'organisation qui fournira ces services spécialisés dans le cadre du Fonds Retour Au Travail. Nous vous demandons d'imprimer la page 3 pour chaque prestataire de services de votre organisation qui fournira ce service spécialisé. Vous devez inclure les détails suivants qui démontrent l'aptitude du prestataire de services à fournir ces services :

| | |
|--|---|
|  Avenue Galilée 5/01 1210 Bruxelles |  +32(0)2 524 97 97 du lundi au vendredi de 8h à 13h |
|  fonds-dp@riziv-inami.fgov.be |  https://forms.inami.fgov.be/ |

Informations concernant les prestataires de services au sein de l'organisation qui fourniront des services spécialisés

Nom*: _____

Prénom*: _____

Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)*: _____





Adresse e-mail*: _____

Numéro de téléphone: _____

Expérience professionnelle et formation(s) pertinente(s)*¹:

Je joins toutes les preuves indiquant que la personne susmentionnée possède une expérience professionnelle suffisante ainsi qu'une formation pertinente pour pouvoir fournir un service de qualité à l'assuré social (y compris CV, powerpoints dans le cadre d'une formation pertinente,...)*.

¹ Dans le champ libre, vous devez fournir un bref résumé de l'expérience professionnelle et de la formation pertinente, ainsi qu'expliquer clairement si l'offre du prestataire de services individuel diffère de celle de l'organisation.





| | |
|--|---|
|  Avenue Galilée 5/01 1210 Bruxelles |  +32(0)2 524 97 97 du lundi au vendredi de 8h à 13h |
|  fonds-dp@riziv-inami.fgov.be |  https://forms.inami.fgov.be/ |

Commentaire(s) éventuel(s)

Les obligations

Le prestataire de services est tenu d'accepter les obligations suivantes, en particulier celles qui suivent :

- l'offre et le nombre d'heures proposées aux assurés sociaux pour un montant maximum de 1 800 euros sont clairement publiés*.
- les conditions que les assurés sociaux doivent remplir pour bénéficier du service offert sont clairement publiées*.
- l'offre prévoit des étapes effectives vers le travail dans le but de retourner dans le circuit normal du travail*.
- les modalités des services spécialisés adaptés entre le prestataire de services et l'assuré social sont définies dans une feuille de route*.
- le prestataire de services doit répondre à toute demande de l'assuré social qui souhaite bénéficier des services spécialisés adaptés*.
- les données nécessaires sont partagées de manière sécurisée et dans le strict respect du secret professionnel avec les acteurs concernés par le parcours envisagé*.
- dans un délai de 14 jours à compter du début et de la fin du service spécialisé fourni, ces dates de début et de fin sont communiquées au fonctionnaire dirigeant chargé du service des indemnités*.

| | |
|--|---|
|  Avenue Galilée 5/01 1210 Bruxelles |  +32(0)2 524 97 97 du lundi au vendredi de 8h à 13h |
|  fonds-dp@riziv-inami.fgov.be |  https://forms.inami.fgov.be/ |

Préférence pour le moyen de communication utilisé * :

- Par voie électronique
- Sur papier

Je certifie que les informations indiquées ci-dessus sont complètes, authentiques et exactes^{2*}.

(*) Champs obligatoires





Date :

Signature:

² Le traitement et l'échange de ces données ont uniquement lieu dans la mesure où ils sont nécessaires conformément aux législations applicables (à savoir la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994). Ce traitement de données à caractère personnel s'effectue donc conformément à l'article 9(2), b) du Règlement général (UE) 2016/679 sur la protection des données (« RGPD ») lu conjointement avec l'article 6(1), c) du RGPD (disponible à : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679>), ainsi que la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Vous avez la possibilité d'obtenir davantage d'informations concernant le traitement de vos données à caractère personnel :

- par l'INAMI via le lien suivant : <https://www.inami.fgov.be/fr/Pages/privacy-statement.aspx>.
- auprès de l'Autorité de Protection des Données via le lien suivant : <https://www.autoriteprotectiondonnees.be> (pour obtenir des informations générales sur la protection des données à caractère personnel).

| | |
|--|---|
|  Avenue Galilée 5/01 1210 Bruxelles |  +32(0)2 524 97 97 du lundi au vendredi de 8h à 13h |
|  fonds-dp@riziv-inami.fgov.be |  https://forms.inami.fgov.be/ |