



DEPARTEMENT DU LOGEMENT

Service « A.D.E.L. »

Rue des Brigades d'Irlande, 1

5100 JAMBES

Tel. (081) 33 22 32

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

Dossier n° :

Le formulaire, dûment complété, doit être renvoyé au Département du Logement, PAR LE DEMANDEUR

CADRE I	A COMPLETER PREALABLEMENT PAR LE DEMANDEUR DE LA 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

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.