



COMMUNE DE GREZ-DOICEAU

DEMANDE D'INTERVENTION FINANCIERE- SUPPLEMENTS DE FRAIS (GESTION DECHETS) DUS A L'INCONTINENCE

Formulaire à envoyer au plus tard 90 jours après réception de l'avertissement extrait de rôle - partie variable, au Service Environnement Place Ernest Dubois 1 à 1390 GREZ-DOICEAU
OU par e-mail : environnement@grez-doiceau.be

CHEF DE MENAGE

Je soussigné.e (Prénom NOM) :

Rue : N°

N° de téléphone : E-mail :

Sollicite l'intervention communale annuelle pour les suppléments de coûts liés à la gestion des déchets en cas d'incontinence permanente (toute personne à partir de 5 ans) pour l'année et concernant membre(s) du ménage:

Prénom(s)	NOM(s)	Date de naissance :/..../.....
.....
.....

POUBELLE À PUCE : montant de la partie variable de la taxe sur la collecte des déchets ménagers : €

SACS POUBELLE DÉROGATOIRES : montant de l'achat de rouleaux de sacs dérogatoires : €

Je joins en annexe :

- pour chaque membre du ménage concerné : un **certificat médical** attestant de l'incontinence permanente
- une **copie de l'avertissement-extrait de rôle - PARTIE VARIABLE** de la taxe pour la collecte et le traitement des déchets ménagers et assimilés (régime poubelle à puce)
- une **copie des factures et/ou tickets d'achats de sacs poubelle dérogatoires** (régime sacs dérogatoires)

Le montant de l'intervention est à verser au N° de compte IBAN BE

Titulaire(s) du compte :

Date et signature :

Les informations communiquées sur ce formulaire de demande sont utilisés/et/ou exploitées et/ou traitées par et pour la Commune de Grez-Doiceau dans le but d'attribuer une prime d'intervention pour les ménages comptant une ou plusieurs personnes incontinentes uniquement.

Pour connaître et exercer ses droits, notamment de retrait du consentement à l'utilisation des données collectées par le formulaire de demande, l'intéressé devra contacter le responsable DPO de la commune de Grez-Doiceau via l'adresse dpo@grez-doiceau.be

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION COMMUNALE

CONTROLE :

La demande est INCOMPLETE COMPLETE
 REJETEE APPROUVEE

Montant intervention : €

Remarque(s) éventuelle(s) :

Agent traitant :

Date et signature :

Validé par le Directeur Financier en date du