**Demande de plan de paiement**Document à renvoyer soit :



# - Accueil et Courrier :

**M. le Directeur financier du C.P.A.S.,
Avenue du 21 Juillet, 1**

**1420 BRAINE-L’ALLEUD**

**- Mail :** cpas.finances@braine-lalleud.be

**Pour obtenir des facilités de paiement, vous devez compléter et signer le présent formulaire et**

* **soit le transmettre par courrier, soit par mail, soit le déposer à l’accueil de l’administration.**

**!** L’octroi d’un plan de paiement constitue une mesure de faveur qui doit être justifiée par des difficultés financières rencontrées par le demandeur. Le Directeur financier est seul compétent pour octroyer des facilités de paiement. Votre demande n’est qu’une proposition de remboursement. Le Directeur financier n’est pas tenu d’y souscrire et se réserve le droit de refuser votre demande ou la possibilité d’adapter le montant des mensualités suite à l’examen de votre dossier. Une fois réceptionnée, la demande sera traitée et la décision vous sera communiquée par courrier. Dans l'attente de la réception de cette décision, nous vous conseillons de procéder au paiement de la première mensualité proposée avant la date limite de paiement reprise sur l'invitation à payer.

# Coordonnées du demandeur

 M./Mme Nom Prénom

 Conjoint / cohabitant :

 **N° de registre nationa**l (il se trouve au verso de votre carte d’identité) :

 Adresse :

 Contact : mail : Tél :

# Objet de la demande de plan de paiement

* + *Dette relative à* : ………………………………………………………………….
	+ *Nature : aide fiancière / garantie locative / loyer / indu /autre* ………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Année / période** | **Référence de la dette****(Date de la décision)** | **Nature de la dette** | **Solde à payer** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Situation financière**
	1. *Situation professionnelle*

|  |  |
| --- | --- |
| Demandeur | Conjoint / Cohabitant |

Salarié Retraité Sans emploi

* 1. *Nombre de personnes à charges :*
	2. *Charges mensuelles significatives impactant la motivation de votre demande :*
1. **Motivation de la demande de plan de paiement**

**(raisons pour lesquelles vous demandez un plan de paiement)**

1. **Proposition de montant à payer :**

**!**  **: Le plan d’apurement ne peut pas dépasser 5 ans, soit 60 mensualités - Min : 25 €/mois.par rapport au montant initial.**

*Nombre de mensualités et montants :*

DATE :

SIGNATURE

Vos renseignements personnels tombent sous la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.