

DEMANDE DE MODIFICATION / SUPPRESSION DU LIEU OBLIGATOIRE (code 207)						
Raisons de la modification / Suppression						
Modification code 207 - Transfert haut taux de protection					 Choisissez l'intitulé correct dans le menu déroulant	
Coordonnées de la structure d'accueil						
Structure d'accueil	receptionCenter – name					
Adresse	receptionCenter – address					
Personne de contact					Complétez le volet concernant la structure	
Téléphone						receptionCenter – telephone
Fax						
Mail	receptionCenter-email					
Coordonnées du médecin traitant et / ou du responsable médical						
Nom du médecin		mail				
Tel + GSM		Fax				
Problématique médicale	Choisir dans la liste				 Indiquez l'existence ou non d'une problématique médicale à l'aide du menu déroulant	
Composition familiale						
Dossier-familyComposition						
Partenaire 1		Partenaire 2				Complétez les données sur le(s) résident.e(s) concerné.e(s) par le transfert
Nom	Persoon-lastName	Nom	Partner-lastName			
Prénom	Persoon-firstName	Prénom	Partner-firstName			
Numéro SP	Persoon-SPOVnumber	Numéro SP	Partner-SPOVnumber			
Numéro national	Persoon-nationalNumber	Numéro national	Partner-nationalNumber			
Date de naissance	Persoon-birthDate	Date de naissance	Partner-birthDate			
Etat civil	Choisir dans la liste.	Etat civil	Choisir dans la liste.			
Sexe	Persoon-gender	Sexe	Partner-gender			
Nationalité	Persoon-nationality	Nationalité	Partner-nationality			
Langue maternelle	Persoon-spokenLanguages	Langue maternelle	Partner-spokenLanguages			
Connaissance d'une ou plusieurs langue(s) nationale(s)	Persoon-languageToUse	Connaissance d'une ou plusieurs langue(s) nationale(s)	Partner-languageToUse			
Langue de la procédure	Choisir dans la liste.	Langue de la procédure	Choisir dans la liste.			
Date de désignation		Date de désignation				
Date d'arrivée	Persoon-arrivalDateBelgium	Date d'arrivée	Partner-arrivalDateBelgium			
Enfant(s)						
Nom et prénom	Nationalité	Sexe	Date de naissance	Langue enseignement		
		Choisir dans la liste.		Choisir dans la liste.		
					 Remplissez les données sur le(s) enfant(s) dont la langue de scolarité	

		Choisir dans la liste.		Choisir dans la liste.
		Choisir dans la liste.		Choisir dans la liste.
		Choisir dans la liste.		Choisir dans la liste.
		Choisir dans la liste.		Choisir dans la liste.

Tuteur MENA			
Nom du tuteur		mail	
Tél. + GSM		Fax	
Langue du tuteur		Résultat test âge	

⚠ Si cela concerne un MENA en famille, complétez ce volet.

Situation administrative – Procédure DPI et autres			
---	--	--	--

Etat de procédure		Choisir dans la liste.	
Si débouté, motif droit à l'accueil		Choisir dans la liste.	
Autres		Choisir dans la liste.	
Autres		Choisir dans la liste.	

⚠ Complétez par le dernier état de procédure

DEMANDE			
----------------	--	--	--

A. Demande modification code 207: Fedasil No Show			
--	--	--	--

Raison	Choisir dans la liste.
Date de l'adaptation	Cliquez ici pour entrer la date.

B. Demande suppression pour circonstances nouvelles			
--	--	--	--

Raison	Choisir dans la liste.
Date de l'adaptation	Cliquez ici pour entrer la date.



C. NOUVEAU MODELE D'ACCUEIL			
Demande transition ILA après autorisation de séjour > 3 mois Demande de transfert ILA pour résidents Haut taux de protection			

Complétez à partir d'ici pour la demande de transfert Haut Taux de protection

Région de préférence <small>(Attention!! Responsabilité des parents si choix pour une région autre que celle de la langue de scolarité).</small>		Choisir dans la liste.	
---	--	------------------------	--

Choisissez la région avec le menu déroulant

A remplir impérativement si le résident souhaite qu'il en soit tenu compte pour le choix de l'ILA

Critères impératifs pris en compte (cochez et complétez)		
Aspects médicaux En accord avec ce que vous avez rempli en haut du document "problèmes médicaux".		- p.1 C-L médicale: FHQ_med_sud@fedasil.be / p.2 médicale: windoc (fed) / FHQ_med_sud@fedasil.be
Scolarité (à partir 1 avril) ¹ Pour famille avec enfant(s) en obligation scolaire	<input type="checkbox"/> souhait de continuer la scolarité dans la même école. Adresse école	
Contrat de travail / Formation VDAB – Actiris – Forem ¹	<input type="checkbox"/> Contribution payée Lieu de travail / formation	
Vulnérabilités (cocher une ou plusieurs catégories + expliciter dans la motivation)		
<input type="checkbox"/> Handicap (malvoyance, surdité, mobilité réduite...mais qui n'empêche pas à la vie en autonomie)	<input type="checkbox"/> Famille nombreuse (≥ 4 enfants)	Les éventuelles vulnérabilités peuvent être cochées ici pour une désignation la plus adaptée possible
<input type="checkbox"/> Femme enceinte ou avec nouveau-né (avec ou sans autres enfants)	<input type="checkbox"/> Réinstallation / reconnaissance rapide	
<input type="checkbox"/> Problème médical (problème rendant difficile la recherche logement, la transition... mais pas de prise en charge 24/24, ni ne nécessitant une institution médicale/psychiatrique)	<input type="checkbox"/> Isolement linguistique (langue rare, peu disponibles auprès de services de traduction)	
<input type="checkbox"/> Fragilité psychologique (trauma, ...nécessitant un encadrement plus intensif pour la transition)	<input type="checkbox"/> Absence de réseau (pas de famille, ni connaissance, ni communauté)	
<input type="checkbox"/> Personne âgée (≥ 70 ans)	<input type="checkbox"/> Jeune sans expérience de l'autonomie (jeunes de 18-21 ans, ex-mena, jeunes mères)	
<input type="checkbox"/> Orientation sexuelle /identité de genre (si implique une vulnérabilité, besoins spécifiques, isolement posant problèmes pour la transition)	<input type="checkbox"/> Analphabétisme (langue et alphabet d'origine)	
<input type="checkbox"/> Famille très nombreuse (≥ 5 enfants)	<input type="checkbox"/> parent isolé	
	<input type="checkbox"/> Autre problématique psychosociale ou manque d'autonomie	
MENA - TRANSITION - Demande d'un délai supplémentaire en structure collective (après 4 mois)		
Délai		
Motivation / Joindre Echelle autonomie et/ou PAI (+ étapes suivantes)		

¹ Uniquement si le résident souhaite que cela soit pris en compte

MOTIVATION de la demande - Remarques
"A remplir par le requérant, le demandeur, le responsable ou tuteur"

- Selon le type de demande de transfert :
- Historique des faits
 - Mesures prises et sanctions appliquées
 - Description claire et concise du type de transfert en apportant les arguments
 - Joindre les attestations nécessaires à l'appui de la demande.
 - Préférence des lieux (en cas de transition / lieu adapté) avec les raisons.



Une motivation la plus détaillée et complète clarifie la demande

ELEMENTS SPECIFIQUES concernant l'accompagnement
INFORMATIONS NECESSAIRES pour la continuité et l'accompagnement adéquat du résident

Nom, signature du responsable de la structure d'accueil + date:

Nom, signature du résident + date :

Document-creationDate



La demande doit être signée par le (la) résident(e)