



## 1. Données personnelles du patient

Numéro Dossier D1430-837  
Nom Galiotto  
Prénom  
Sexe  
Rue  
Numéro  
Code postal  
Commune  
Date de naissance 0000-00-00  
Nationalité  
Âge au moment de l'accident  
Téléphone  
GSM  
E-mail  
Status  
Profession

## 2. Données du bénéficiaire

Le patient est-il le bénéficiaire ?  
Relation  
Nom  
Prénom  
Sexe  
Rue  
Numéro  
Code postal  
Commune  
Date de naissance 0000-00-00  
Nationalité  
Téléphone  
GSM  
E-mail  
Status  
Profession

### 3. Situation familiale de la famille du patient.

Nombre de personnes qui vivent du revenu familial 2

### 4. Données de l'accident

Date de l'accident 0000-00-00

Hôpital

Centre de brûlés (Dernier)

Si transfer, Centre de brûlés précédent

Localisation des brûlures -

Profondeur des brûlures

Pourcentage de brûlures 0 %

Genre d'accident

### Enregistrement

Date d'admission 0000-00-00

Date de sortie 0000-00-00

Durée de l'admission 0

Cette demande concerne t-elle une nouvelle admission ?

### 5. Situation d'assurance(s)

Assurance 1

Assurance 2

### 6. Situation financière familiale Rentrées mensuelles familiale

Revenus 0 €

Indemnités de mutuelle 0 €

Invalidité 0 €

Chômage 0 €

Allocation familiale 0 €

Pension 1125 €

CPAS 0 €

Pension alimentaire 0 €

Revenus immobiliers 750 €

Autres 0 €

**TOTAL DES REVENUS 1875 €**

### Sorties mensuelles familiale

Loyer 0 €

Chauffage 180 €

Electricité et gaz	91 €
Eau	21 €
Assurance auto	50 €
Assurance incendie	30 €
Assurance familiale	0 €
Assurance diverses	8 €
Téléphone	42 €
Taxes auto	20 €
Taxes commune	10 €
Précompte mobilier	141 €
Aide familiale	0 €
Frais médicaux	0 €
Frais judiciaires	0 €
Frais scolaires	0 €
Frais de crèche et de garderie	0 €
Total crédit personnel	0 €
Total crédit voiture	0 €
Total crédit maison/appartement	0 €
Autres	200 €
-	0 €
-	0 €
-	0 €
-	0 €
<b>SORTIES TOTALES</b>	<b>793 €</b>
<b>RESTE (reentrées moins sorties)</b>	<b>1082 €</b>
<b>Reste mensuel par personne</b>	<b>541 €</b>

#### 7. Frais médicaux Intervention personnelle

Facture 1	0 €
Facture 2	0 €
Facture 3	0 €
Facture 4	0 €
Facture 5	0 €
<b>TOTAL</b>	<b>0 €</b>

#### Intervention personnelle revalidation

Kiné à la maison	0 €
------------------	-----

Kiné en ambulatoire 0 €  
Centre de revalidation 0 €

**TOTAL 0 €**

**Soins complémentaires**

Consultations 0 €  
Pharmacie 0 €  
Divers 0 €

**TOTAL 0 €**

**Frais de transport**

Pendant l'hospitalisation 0 €  
Après l'hospitalisation 0 €  
Ambulance/Hélicoptère 0 €

**TOTAL 0 €**

**Vêtements compressifs**

Facture 1 0 €  
Facture 2 0 €  
Facture 3 0 €

**TOTAAL 0 €**

**Autres frais (spécifiez)**

- 0 €  
- 0 €  
- 0 €  
- 0 €  
- 0 €

**TOTAAL 0 €**

**TOTAL GÉNÉRAL DE L'ACCIDENT**

=> **0**

**CATÉGORIE D'INTERVENTION PAR LA FONDATION**

=> **Catégorie IV : xx%**

**(Variable)**

**INTERVENTION DEMANDÉE**

=> **0**

**Paiement**

Cheque 0 €

Virement 0 €

Virement 0 €

Virement 0 €

Virement 0 €

Virement 0 €

**MOTIVATION**

=>

**Décision de la commission**

=>