

Formulaire d'inscription

L'assuré social est en incapacité de travail ou reconnu en invalidité et souhaite être accompagné par un conseiller référent (Actiris/Forem/VDAB) afin de bénéficier d'un accompagnement au retour sur le marché du travail. Ce formulaire doit être rempli soit par le médecin-conseil/ coordinateur retour au travail (CRaT) de la caisse d'assurance maladie (Routing A ou B). Si une orientation IPS est demandée, veuillez l'indiquer ci-dessous.

IPS :

- ➔ Région Wallonne : Le formulaire est à transmettre au FOREM via l'adresse suivante : formulaire.inami@forem.be
- ➔ Région Flamande : L'assuré social doit lui-même s'inscrire auprès du VDAB.
- ➔ Région Bruxelloise : Le formulaire doit être envoyé à ACTIRIS à l'adresse suivante : IPS@actiris.be

1. Données d'identification de l'assuré social :	
Nom et prénom	
Langue	<input type="checkbox"/> Néerlandais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand
NISS (numéro de registre national)	
Résidence principale	
N° de téléphone	
E-mail	
Mutuelle (nom et n° de mutuelle)	_ _ _ _

2. Données sur la reconnaissance en incapacité de travail de l'assuré social	
Date de début de l'incapacité de travail	

3. Coordonnées de la mutuelle	
Coordinateur-raT: Nom et prénom : E-mail personnel du CRaT : Tél.:	
Médecin conseil Nom et prénom :	
Date:	Signature du CRaT/ médecin conseil :

4. Coordonnées du conseiller référent (ACTIRIS/ FOREM/ VDAB)

Nom et prénom :

Langue : Français Néerlandais Allemand

E-mail:

Tel.:

5. Question du médecin conseil et/ ou le CraT (optionnelle)

Expliquez ce que vous attendez du service régional de l'emploi (ACTIRIS/FOREM/VDAB) :

Décrire les limitations fonctionnelles pour effectuer un travail :

6. Attentes de l'assuré social (optionnelle)

Expliquez ce que vous attendez du service régional de l'emploi (ACTIRIS/FOREM/VDAB) :

Décrire les limitations fonctionnelles pour effectuer un travail :