



## DEMANDE D'INTERVENTION

### 1. DEMANDEUR

Numéro national  M  F

Nom

Prénoms

Date de naissance  /  /  (par exemple : 25/10/1954)

Lieu de naissance

Rue  N°  Bte

Code postal  Commune

Lingue (F-N-D)  Numéro de téléphone  Fax

Adresse e-mail

Nombre de personnes pour lesquelles le recouvrement est demandé

Nombre de personnes pour lesquelles le paiement d'avances sur pension alimentaire est demandé

Nombre d'enfants à charge  Revenus mensuels nets  ,  Eur

### 2. DEBITEUR D'ALIMENTS (= celui qui doit payer la pension alimentaire)

Numéro national (si connu)  M  F

Nom

Prénoms

Date de naissance  /  /  (par exemple : 25/10/1954)

Lieu de naissance

#### Dernière adresse connue

Rue  N°  Bte

Code postal  Commune

Pays

Lingue (F-N-D)  Profession







## 6. MESURES D'EXECUTION

5

Le demandeur a-t-il déjà essayé de récupérer par lui-même les montants non payés ? Oui  Non

*Si oui, le demandeur joint à sa demande une copie de tous les documents qui en attestent.  
Dans certains cas, le SECAL demandera que ces documents lui soient fournis en original.*

## 7. IDENTITE DES ENFANTS A CHARGE AUTRES QUE CEUX REPRIS CI-DESSUS (voir case 3)

Nom	Prénom	Date de naissance

## 8. INVENTAIRE DES DOCUMENTS A ANNEXER

### 1/ Annexes obligatoires

- Titre(s) exécutoire(s) (= copie de la décision judiciaire ou de l'acte notarié fixant ou modifiant le montant de la pension alimentaire. Ces pièces seront toutefois transmises en original au SECAL, dès que celui-ci en fera la demande)
- Tableau des arriérés (voir case 4)
- Copie du dernier avertissement-extrait de rôle
- Copie des 3 dernières fiches de rémunération ou preuve des moyens d'existence (voir case 1)

### 2/ Annexes facultatives

- Autorisation écrite de payer sur le compte de l'avocat du demandeur (voir case 5)
- Mesures d'exécution (voir case 6)
- Autres (par exemple : documents du CPAS, copies d'extraits bancaires ...)

1. Je déclare sur l'honneur qu'au moins 2 échéances, consécutives ou non, n'ont pas été payées, en tout ou en partie, par le débiteur d'aliments, au cours des 12 mois précédant la présente demande.
2. Le cas échéant, je demande au SECAL d'examiner ma demande de paiement d'avances sur pension alimentaire.

Je déclare que mes revenus mensuels nets ne sont pas supérieurs au montant des moyens d'existence visés à l'art. 4 de la loi du 21/02/2003.

3. Je demande au SECAL d'accepter le mandat de percevoir ou de recouvrer les arriérés de la créance alimentaire, le cas échéant le solde ainsi que les termes échus à partir de la présente demande.

Je m'engage à communiquer au SECAL toute donnée nouvelle pouvant avoir une influence sur le montant de la pension alimentaire, de l'avance sur pension alimentaire ou sur la perception et le recouvrement de ces sommes.

Je m'engage à ne pas utiliser mon titre exécutoire en original en vue d'entreprendre moi-même des mesures d'exécution afin de récupérer les avances sur pension alimentaire et/ou les arriérés.

Je donne au SECAL l'autorisation expresse de demander tout renseignement utile concernant mes moyens d'existence auprès des Services publics ou des institutions chargées de tâches d'utilité publique.

Une contribution de 5%, à titre de frais de fonctionnement du SECAL, sera prélevée sur le montant des sommes perçues ou recouvrées.

Je déclare que ma demande est sincère et complète.

Fait le  /  /  en deux exemplaires.

Signature du demandeur

**OU**

Signature de l'avocat du demandeur

Nom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénoms

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse professionnelle


Les informations qui sont demandées dans le présent formulaire sont enregistrées dans une banque de données gérée par le SECAL. Elles sont soumises à la loi du 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des données à caractère personnel. Le créancier d'aliments dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.