

FONDS SOCIAL POUR LES ENTREPRISES DE NETTOYAGE ET DE DESINFECTION

Avenue des Nerviens 117 bte 48bis - 1040 Bruxelles

Intervention en cas de LICENCIEMENT ECONOMIQUE

Conditions générales à remplir: L'ouvrier doit en principe être lié par un contrat de travail à une entreprise ressortant de la compétence de la Commission Paritaire pour le nettoyage et la Désinfection, jusqu'au dernier jour avant sa mise en chômage et avoir eu droit à une prime de fin d'année à la fin de l'année qui précède le préavis.

A REMPLIR POUR UN TRIMESTRE ENTIER

Renseignements concernant le travailleur (*Biffer les mentions inutiles)

NOM - Prénom:

Rue: N°:

Code Postal: Commune:

NRN:

Compte bancaire:

* Situation Familiale - Cohabitant - Isolé - Chef de ménage - Enfants à charge:

* Situation du conjoint: dispose d'un revenu - ne dispose pas d'un revenu

Cachet du Syndicat

N° d'affiliation

Date d'affiliation: / /

Cadre général décrivant la situation avant le préavis
En cas de déclaration non conforme à la réalité, le fonds social se réserve le droit de récupérer auprès des employeurs les montants indûment payés.

Cachet de l'entreprise

Le contrat pour lequel le préavis a été donné comportait heures de prestations par semaine.

Le contrat courrait à partir du / / jusqu'au / /

Le préavis courrait à partir du / / jusqu'au / /

Joindre copie du contrat et des avenants éventuels

La salaire à été déclaré à l'O.N.S.S. sous le n° 066/

Salaire horaire:

Date: / / RAISON du préavis reprise sur le C4:

Signature de l'employeur:

A. Déclaration de l'employeur actuel (Nettoyage ou Hors Secteur)
Le travailleur exécute un contrat de travail de moindre importance après la fin du contrat mentionné ci-dessus.

Cachet de l'entreprise

Le soussigné déclare que le travailleur a été engagé le / / sur base d'un contrat qui comporte heures de travail par semaine et que ses prestations sont déclarées auprès de l'O.N.S.S. sous le n° 066/

Salaire horaire:

Il n'y a pas eu de modifications au présent contrat

Modifications au contrat: Date: / / Prestations : h./sem.
Date: / / Prestations : h./sem.
Date: / / Prestations : h./sem.
Date: / / Prestations : h./sem.

Date: / /
Signature de l'employeur:

B. Déclaration du service de paiement des allocations de chômage

Cachet de l'organisme

Situation du travailleur: Chômage complet - Chômage partiel - Pas droit au chômage - AGR

Code / Barème

Montant de l'allocation journalière: Nombre d'allocations par semaine:

Date de début de l'indemnisation: / /

Le versement des indemnités s'est effectué jusqu'au: / /

Si le travailleur n'a pas droit au allocations de chômage, veuillez nous en préciser la raison.

Nous confirmons la raison du préavis mentionnée ci-dessus OUI NON

Date: / / Si non, raison exacte:

Signature du préposé/

PERIODE POUR LAQUELLE L'INTERVENTION EST DEMANDEE
Cette période doit couvrir une période de trois mois échus minimum et toute modifications doit nous être communiquée.

Date début: Date fin:

C. Déclaration du travailleur
Attention: En cas de déclaration incomplète au erronée, le travailleur s'expose à des poursuites.

Pour la période couvrant la présente demande d'intervention, je certifie que:

les renseignements repris ci-dessus sont complets et conformes à la réalité.

les renseignements ci-dessus ne décrivent pas complètement ma situations (voir renseignements complémentaires et annexe)

- Si le travailleur bénéficie d'autres revenus de remplacement que les indemnités de chômage, joindre une attestation du débiteur des revenus - S'il existe d'autres contrats de travail que ceux repris ci-dessus, en joindre une copie.

Date: / /
Signature du travailleur