DEMANDE DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS COMPLEMENTAIRES DE CHOMAGE TEMPORAIRE F1

Pour obtenir le paiement des allocations complémentaires de chômage temporaire, le présent document dûment complété est à retourner au :

SEFOCAM - FONDS SOCIAL DES ENTREPRISES DE CARROSSERIE (S.C.P. 149.02) T. +32 2 761 00 70
Avenue du Marly 15/8 – 1120 BRUXELLES e-mail: FBZ-FSE@sefocam.be

A COMPLETER EN MAJUSCULES PAR L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale de l'employeur .....

rue ..... n° ..... boîte .....

Code Postal ..... Commune .....

N° O.N.S.S. complet: ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋

Tél. ..... / ..... e-mail : ..... @ .....

L'employeur soussigné déclare sur l'honneur

1. Que l'ouvrier(ère) mentionné(e) ci-dessous a été mis en chômage, sur base de l'art. 26-1°, 28-1°, 49, 50 of 51 de la loi relative aux contrats de travail, à la date du ..... jusqu'au ..... inclus.
   N° de registre national ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋
   Nom, prénom .....
   Rue ..... n° ..... boîte .....
   Code postal ..... Commune .....
2. **Q** ⌊ ⌋⌊ ⌋,⌊ ⌋⌊ ⌋ *(le temps de travail hebdomadaire normal du travailleur en l'absence de chômage temporaire)*
3. **S** ⌊ ⌋⌊ ⌋,⌊ ⌋⌊ ⌋ *(le temps de travail normal du travailleur à temps plein qui exerce, dans la même entreprise, le même travail que le chômeur temporaire)*
4. Nombre d'heures de chômage : ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ , ⌊ ⌋⌊ ⌋ **E – I – T – F – V** *(Formulaire C 3.2. Rubrique 3)*

..... / ..... / 20 ..... Signature: Cachet de la firme

.....

A COMPLETER EN MAJUSCULES PAR L'OUVRIER(ERE)

N° de compte IBAN .....

Tél. ouvrier(ère) : ..... / ..... e-mail : ..... @ .....

A COMPLETER EN MAJUSCULES PAR L'ORGANISME DE CHOMAGE

Je soussigné .....

Préposé d l'organisme de paiement .....

atteste que l'ouvrier(ère) susmentionné(e) a bénéficié des allocations de chômage temporaire (art. 26-1°, 28-1°, 49, 50 ou 51 Loi 3/7/78)

DU ..... AU ..... SOIT .....

❑ jours entiers

❑ demi-jours

CACHET : à ....., le ..... / ..... / 20 .....

Signature :

REMARQUE : L'ayant-droit et l'organisme de paiement sont priés de vérifier l'exactitude de toutes les mentions, en particulier le numéro de registre national et les dates, et, le cas échéant, d'en demander la rectification suivant la procédure prévue. Vos données à caractère personnel seront enregistrées dans le fichier du fonds social. Les données à caractère personnel que vous transmettez moyennant le présent formulaire, seront traitées par le fonds social des entreprises de carrosserie. Elles seront traitées conformément aux dispositions du Règlement général européen relatif à la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016. Le fonds social traite les données à caractère personnel exclusivement aux fins auxquelles elles sont collectées, à savoir l'obligation légale de règlement et d'assurance de l'octroi et du versement des indemnités complémentaires aux ouvriers de la SCP 149.02. Les données à caractère personnel seront collectées tant que ces fins le requièrent. Vous bénéficiez d'un droit de regard sur vos données à caractère personnel. Vous bénéficiez du droit d'accès, de consultation et, le cas échéant, de rectification. Dans certains cas et lorsqu'ils sont pleinement justifiés, vous pouvez requérir le droit de suppression de vos données à caractère personnel. Pour exercer ces droits, veuillez prendre contact avec le fonds social

Formulaire édition 2024