AANVRAAG AANVULLENDE VERGOEDING OUTPLACEMENT

F15

Terugzenden naar:

SEFOCAM - SOCIAAL FONDS VOOR HET GARAGEBEDRIJF (P.C. 112)
Marlylaan 15/8 – 1120 BRUSSEL
T. +32 2 761 00 70
e-mail: FBZ-FSE@sefocam.be

Om ontvankelijk te zijn moet de aanvraag volledig ingevuld en ondertekend zijn en vergezeld zijn van:

- een kopie van de ontslagbrief;
- een C4-werkloosheidsbewijs (bij het betalen van een verbrekingsvergoeding) OF een kopie van de arbeidsovereenkomst (bij het presteren van een opzeggingstermijn);
- een kopie van de ondertekende en gedateerde sectorale modelovereenkomst outplacement;
- een kopie van de factuur en een bewijs van betaling.

Enkel de kosten van het outplacement gemaakt in de periode van 1 oktober 2019 tot en met 30 juni 2025 komen in aanmerking voor een tussenkomst door het sociaal fonds.

IN HOOFDLETTERS IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER OF DE WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER

Naam en rechtsvorm van de onderneming .....

Identificatie *(KBO-nummer)* van de onderneming .....

Adres van de onderneming:

Straat ..... nr. ..... bus .....

Postnummer ..... Gemeente .....

Identificatie (*vestigingsnummer*) van de vestiging waarvoor outplacement wordt uitgevoerd .....

Adres van de vestiging:

Straat ..... nr. ..... bus .....

Postnummer ..... Gemeente .....

Volledig R.S.Z. nr.: ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋

Tel. ..... / ..... e-mail: ..... @ .....

Vertegenwoordigd door ..... *(naam, voornaam en hoedanigheid)*

Verklaart recht te hebben op een tussenkomst in de kosten van de outplacementbegeleiding t.b.v. ..... euro *(maximum 1.500 euro, gefactureerd bedrag exclusief BTW – 500 euro)*.

Voor: ..... *(naam en voornaam arbeid(st)er)*

Met al rijksregisternummer ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋

Voegt hierbij (*schrap wat niet van toepassing is):

- een kopie van de ontslagbrief;
- *een C4-werkloosheidsbewijs;
- *een kopie van de arbeidsovereenkomst;
- een kopie van de ondertekende en gedateerde sectorale modelovereenkomst outplacement;
- een kopie van de factuur en een bewijs van betaling.

Verklaart dat de arbeider/arbeidster *WEL / *NIET *(*schrap wat niet van toepassing is)* betrokken is bij een herstructurering, een sluiting van de onderneming of een faillissement.

Het sociaal fonds kan contact opnemen via ..... *(e-mail contactpersoon)*.

De terugbetaling moet gebeuren op onderstaand rekeningnummer: Enkel indien buitenlands rekeningnummer

Rekeningnummer IBAN .....

Datum: ..... / ..... / 20 .....

Handtekening:
Voorafgegaan door de melding “echt en waarachtig verklaard”

.....

OPMERKING : Uw persoonsgegevens zullen worden opgenomen in het databestand van het sociaal fonds. De persoonsgegevens die u via dit formulier verstrekt, worden verwerkt door het sociaal fonds. Zij worden verwerkt conform de bepalingen van de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van 27 april 2016. Het sociaal fonds verwerkt de persoonsgegevens enkel voor de doeleinden waarvoor ze worden ingezameld, zijnde de uitvoering van de opdrachten omschreven in de statuten van het sociaal fonds. De persoonsgegevens worden verwerkt op basis van artikel 6.1, b, c en f AVG. De persoonsgegevens worden ingezameld zolang dit hiervoor nodig is. U heeft het recht om inzage te vragen in uw eigen persoonsgegevens. U kunt uw eigen persoonsgegevens opvragen, inkijken en zo nodig laten corrigeren. In bepaalde gevallen en indien daarvoor goede redenen zijn, kunt u vragen om uw persoonsgegevens te wissen. Om deze rechten uit te oefenen, neemt u contact op met het sociaal fonds.