



PROCÉDURE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL «OUTPLACEMENT»

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS 4S



Ce formulaire vous permet de faire appel à l'intervention du Fonds 4S dans le cadre du reclassement professionnel, pour **un travailleur licencié bénéficiant d'une indemnité de rupture d'au moins 30 semaines (préavis non presté), peu importe son âge.**

- Ce formulaire est à nous faire parvenir dans un délai de **maximum 5 jours après la rupture de contrat** par lettre recommandée (Fonds 4S – Service de reclassement professionnel – Square Saintelette 13/15 1000 BRUXELLES)
- Le versement de la quote-part de l'employeur doit nous parvenir dans les 5 jours suivant l'envoi du recommandé, sur le compte du Fonds 4S (BE14 0013 1858 7583 - GEBABEBB), avec en communication le nom du travailleur et de votre asbl.

Vous trouverez sur le site internet du Fonds 4S (www.fonds-4s.org) un **calculateur automatique** qui vous permet de :

- ✓ Calculer le montant à retenir sur l'indemnité compensatoire de préavis du travailleur ;
- ✓ Connaître le montant de la quote-part employeur à votre charge (480 €) ;
- ✓ Connaître le montant pris en charge par le Fonds (1.440 €) ;
- ✓ Calculer le montant total à verser au Fonds.



Un mode d'emploi est accessible sur notre site www.fonds-4s.org

Pour tout complément d'information, contactez-nous :

Par mail : fonds-4s@apefasbl.org - Par téléphone : 02 227 59 83

Partie A

COMPLÉTEZ
LE FORMULAIRE

FICHE SIGNALÉTIQUE DE VOTRE ASBL

Nom de l'association :

Numéro d'immatriculation ONSS :

Numéro d'entreprise :

Secteur d'activité :

Adresse :

CP :

Localité :

Tél. :

Numéro de compte bancaire de l'organisme¹ IBAN : BE

Personne habilitée à signer la convention

COCHEZ
LES RÉPONSES

Mr

Mme

Nom :

Prénom :

Fonction :

E-mail :

Personne de contact

Personne habilitée à signer la convention

ou autre :

Mr

Mme

Nom :

Prénom :

Fonction :

E-mail :

COMPLÉTEZ
LE FORMULAIRE**FICHE SIGNALÉTIQUE DU TRAVAILLEUR CONCERNÉ**

| | | | |
|--|--------------------|-----------------|---|
| Mr | Mme | Nom : | Prénom : |
| Fonction : | | Statut : | ouvrier employé |
| Qualification (diplôme) : | < CESS | = CESS | > CESS, type court > CESS, type long |
| Date de naissance : | Régime horaire : | | |
| Adresse : | CP : | Localité : | |
| Tél. : | E-mail personnel : | | |
| Date d'entrée en service : | | Date de sortie: | |
| Date de notification du licenciement : | | | |
| Indemnité de rupture : | oui | non | Si oui, nombre de semaines : |
| Montant du reclassement conforme à la loi ² : | | | |
| Le travailleur est averti de la demande d'outplacement : | | oui | non |
| Travailleur en arrêt maladie : | oui | non | Si oui, joindre une copie du certificat |
| Licenciement pour motif grave : | oui | non | |



Partie B

COMPLÉTEZ
LE FORMULAIRE

Par la signature du présent document, je soussigné _____, habilité
à représenter l'asbl _____ donne mandat au Fonds 4S d'offrir au
travailleur (dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessus) une solution appropriée de reclassement
professionnel conformément aux dispositions réglementaires et notamment la convention collective de
travail du 15 juin 2015, abrogeant les CCT du 30 mars 2009 et du 24 mars 2014.

Fait à : _____

En date du : _____

Signature : _____

**Le document complété et signé est à renvoyer par lettre recommandée à l'adresse suivante :
Fonds 4S - Service de reclassement professionnel Square Saintelette 13/15 - 1000 Bruxelles**