



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** :

- Âgé de plus de 45 ans et ayant moins de 30 semaines de préavis (indemnisé ou presté)
- OU prestant un préavis de minimum 30 semaines (quel que soit son âge)

Le Fonds 4S prend en charge 75% des frais liés à l'outplacement.
Pour bénéficier de cette action, vous devez :

1. Effectuer le paiement des 25% à charge de l'employeur : soit **480 €**
-

Sur le compte du Fonds 4S (BE14 0013 1858 7583 - GEBABEBB) avec en communication le nom du travailleur et de votre asbl.

2. Compléter ce formulaire (parties A et B)
-

Envoyez le formulaire **par lettre recommandée** avec la copie de la preuve du paiement, dans un délai de :

- Dans le cadre d'un travailleur âgé de plus de 45 ans et ayant moins de 30 semaines de préavis (indemnisé ou presté) : 15 jours après la fin des relations contractuelles vous liant au travailleur concerné ;
- Dans le cadre d'un travailleur prestant un préavis de minimum 30 semaines : 2 semaines suivant le début du préavis.



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'organisme² 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 ³ :	
Date de notification du licenciement :			
Préavis Presté :		oui non	Si oui, nombre de semaines :
Indemnité de rupture :		oui non	Si oui, nombre de semaines :
Date de début de préavis :		Date de sortie :	
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

Le cadre ci-dessous est à remplir uniquement dans le cas d'un accord entre l'employeur et le travailleur de bénéficiaire de la procédure de reclassement professionnel durant la période de préavis⁴ (uniquement dans le cadre d'un travailleur qui a +45 ans et un préavis presté inférieur à 30 semaines).

Date convenue⁵ entre les deux parties pour débiter la procédure de reclassement :

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 des 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**