



FORMULAIRE DE D'INTERVENTION DANS LE CADRE D'UN «OUTPLACEMENT»

Envoyez ce formulaire complété par lettre recommandée avec la copie de la preuve du paiement.



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

COMPLÉTEZ
LE FORMULAIRE

FICHE SIGNALÉTIQUE DE VOTRE ASBL

Nom de l'association :

Numéro d'immatriculation ONSS :

Commission paritaire : 329.02 329.03

Secteur d'activité :

Adresse :

CP :

Localité :

Tél. :

Numéro de compte bancaire de l'organisme IBAN : BE

Personne habilitée à signer la convention

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 notification du licenciement/rupture de contrat :	
Date de sortie :		Le travailleur est averti de la demande d'outplacement : oui non	

SÉLECTIONNEZ
LA CATÉGORIE
DU
TRAVAILLEUR**TYPE DE RUPTURE DE CONTRAT****Soit le travailleur est licencié**

Préavis presté :	oui non	Nombre de semaines :
Licenciement pour motif grave :	oui non	
Indemnités de rupture :	oui non	Nombre de semaines :
Si les indemnités de rupture sont de + de 30 semaines, quel est le montant du reclassement professionnel conforme à la Loi ¹ :		
Travailleur en arrêt maladie :	oui non	Si oui, joindre une copie du certificat

Soit il s'agit d'une rupture de contrat pour force majeure médicale

Le travailleur a poursuivi et terminé un trajet de réintégration :	oui non
Le travailleur a invoqué la force majeure médicale pour mettre fin au contrat de travail ² :	oui non
L'employeur a invoqué seul la force majeure médicale pour mettre fin au contrat de travail :	oui non
Le travailleur et l'employeur ont invoqué conjointement la force majeure médicale pour mettre fin au contrat de travail ² :	oui non

¹1/12ième de la rémunération brute de l'année précédant le licenciement du travailleur (les primes, congés payés... doivent également être compris).²Dans ce cas, le régime spécifique de reclassement professionnel en cas de force majeure médicale ne s'applique pas.



IDENTIFIEZ LE DELAI
D'INTRODUCTION ET LE
MONTANT
A CHARGE DE
L'EMPLOYEUR

MONTANT A CHARGE DE L'EMPLOYEUR

Le Fonds 4S prend en charge 75% des frais liés à un outplacement "classique". L'employeur doit effectuer le paiement des 25% à sa charge sur le compte du Fonds 4S (BE14 0013 1858 7583 - GEBABEBB) avec en communication le nom et prénom du travailleur. Le montant dépend du type d'outplacement à offrir :

	Catégorie A (régime général)	Catégorie B (régime général)	Catégorie C (régime particulier)	Catégorie D (3^{ème} régime)
	Travailleur licencié ayant + de 30 semaines de préavis presté (quel que soit son âge)	Travailleur licencié ayant + de 30 semaines d'indemnités de départ (quel que soit son âge)	Travailleur licencié âgé de + 45 ans et ayant – de 30 semaines de préavis (indemnisé ou presté)	Rupture de contrat pour force majeure médicale
Délai pour introduire une demande	2 semaines après le début du préavis	Maximum 5 jours après la rupture de contrat	15 jours après la fin des relations contractuelles	15 jours après la fin des relations contractuelles
Coût pour l'employeur	480 €	Voir calculateur automatique sur le site du Fonds 4S	480 €	544,50 €

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.

Fait à :

En date du :

Signature :