FORMULAIRE DE DEMANDE D’INTERVENTION Dans le cadre
d’un outplacement (reclassement professionnel)

Ce formulaire vous permet d’introduire au Fonds 4S une demande d’intervention dans le cadre d’un **outplacement**. Le Fonds 4S peut intervenir à la demande de l’employeur dès le moment où celui-ci a l’obligation légale de faire une offre d’outplacement au membre du personnel licencié.

Ce formulaire est à transmettre au Fonds 4S par **courrier recommandé**, accompagné de la copie de la preuve de paiement du montant dû au Fonds (cf. ci-dessous), à l’adresse suivante : Fonds 4S – Service Outplacement, Square Sainctelette 13/15 1000 BRUXELLES.

Le Fonds prend en charge 75% des frais liés à un outplacement standard. **L’employeur doit effectuer le paiement des 25% à sa charge** sur le compte bancaire du Fonds 4S (BE14 0013 1858 7583) avec la communication suivante : « Outplacement – Nom Prénom ».

Le tableau ci-dessous reprend les informations relatives aux catégories d’outplacement concernées, le montant à versé au Fonds ainsi que le délai d’introduction de votre demande au Fonds.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Catégories** | **Montant à verser par l’employeur au Fonds** | **Délai pour introduire une demande au Fonds** |
| **Catégorie A – Régime général – Travailleur·euse·s licencié·e·s ayant au moins 30 semaines de préavis presté (quel que soit leur âge)** | 700 € | Maximum 2 semaines après le début du préavis. |
| **Catégorie B – Régime général – Travailleur·euse·s ayant au moins 30 semaines d’indemnité de rupture (quel que soit leur âge)** | 700 € + un montant à prélever sur les indemnités de rupture de la personne licenciée (voir calculateur sur notre site) | Maximum 5 jours après la rupture du contrat. |
| **Catégorie C – Régime particulier – Travailleur·euse·s licencié·e·s âgé·e·s d’au moins 45 ans et ayant – de 30 semaines de préavis indemnisé ou presté** | 700 € | Maximum 15 jours après la fin des relations contractuelles. |
| **Catégorie D – 3e régime – Travailleur·euse·s dont le contrat est rompu pour force majeure médicale (quel que soit leur âge)** | Depuis le 1e avril 2024, le Fonds 4S n’intervient plus dans cette catégorie d’outplacement. Un montant de 1.800 € est à verser par l’employeur à l’INAMI.Pour plus d’information : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion-socio-professionnelle/fonds-retour-au-travail>  |

Ce formulaire est à transmettre au Fonds par **courrier recommandé**, **accompagné de la preuve de paiement** du montant dû au Fonds.

Pour plus d’informations concernant cette action et pour prendre connaissance de nos conditions générales de soutien : [www.fonds-4s.org](file:///C%3A%5CUsers%5Ccba%5CAppData%5CLocal%5CTemp%5Cwww.fonds-4s.org)

**FICHE SIGNALéTIQUE DE VOTRE ASBL**

Complétez le formulaire

Nom de votre association :

Numéro d’immatriculation ONSS :       Numéro d’entreprise :

Commission paritaire : [ ]  329.02 [ ]  329.03

Secteur d’activité :

Adresse :       Code postal :      Localité :

Tél :       E-mail général :

Je souhaite inscrire cet e-mail à la newsletter du Fonds 4S  [ ]  Oui [ ]  Non

Numéro de compte bancaire : BE

Personne de contact au sein de l’asbl :

Nom :       Prénom :       Fonction :

E-mail :       Téléphone :

Je souhaite m’inscrire à la newsletter du Fonds 4S  [ ]  Oui [ ]  Non

Complétez le formulaire

**FICHE SIGNALéTIQUE DE LA PERSONNE LICENCIéE**

Nom :       Prénom :       Fonction :

Adresse :       Code postal :      Localité :

Date de naissance :

E-mail personnel :       Téléphone :

Qualification :
[ ]  Inférieur au CESS
[ ]  CESS
[ ]  Enseignement supérieur de type court
[ ]  Enseignement supérieur de type long

Statut : [ ]  Ouvrier [ ]  Employé

Régime horaire :

Date d’entrée en service :       Date de sortie (théorique) :

Date de notification du licenciement :

La personne concernée a été avertie de la demande d’outplacement : [ ]  Oui [ ]  Non

**TYPE DE RUPTURE DE CONTRAT**

Complétez le formulaire

Préavis presté : [ ]  Oui [ ]  Non

Nombre de mois :       Nombre de semaines :

Licenciement pour motif grave : [ ]  Oui [ ]  Non

Indemnités de rupture : [ ]  Oui [ ]  Non

Nombre de mois :       Nombre de semaines :

Si les indemnités de rupture sont d’au moins 30 semaines, quel est le montant du reclassement professionnel conforme à la Loi[[1]](#footnote-1) ?

Le·la travailleur·euse est actuellement en arrêt maladie : [ ]  Oui [ ]  Non

Signez la demande

**SIGNATURE DE LA DEMANDE D’INTERVENTION**

En signant ce document, la direction atteste que les informations reprises dans ce formulaire sont exactes et donne mandat au Fonds 4S d’offrir à la personne licenciée, dont les coordonnées sont mentionnées dans le présent formulaire, un reclassement professionnel (outplacement) conforme aux dispositions réglementaires.

La demande sera prise en charge par le Fonds à la réception de ce formulaire complété et du paiement du montant dû au Fonds au compte bancaire mentionné ci-dessus. Ce formulaire doit être transmis au Fonds par courrier recommandé.

Fait à :

En date du :

Nom et prénom de la direction :

Signature :

1. Ce montant doit équivaloir à 1/12e de la rémunération brute de l’année précédant le licenciement du·de la travailleur·euse. Ce montant peut vous être communiqué par votre secrétariat social. [↑](#footnote-ref-1)