

**DEMANDE D'ALLOCATION COMPLÉMENTAIRE
EN CAS DE MALADIE DE LONGUE DURÉE
OU DE FORCE MAJEURE**

A renvoyer de préférence par email :
led@comeos.be

Ou par courrier :
Lore-Elène Dignef / Fonds social 119
Av. Van Nieuwenhuyse 8 - 1160 Bruxelles

A. Renseignements concernant l'ouvrier/ouvrière (en majuscules)

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° de registre national _____

Rue _____ n° _____ bte _____

Code postal _____ Commune _____

Tel/Gsm _____ E-mail _____

IBAN _____ BIC _____

L'ouvrier/l'ouvrière souhaite que son dossier soit traité en français ou en néerlandais

Pour plus d'informations sur la prime : www.sfonds119.be > interventions > maladie / force majeure

Pour consulter le statut de votre dossier (une dizaine de jours après envoi) : www.sfonds119.be > Mon dossier

B. Déclaration de l'employeur (en majuscules)

Entreprise _____

Rue _____ n° _____ bte _____

Code postal _____ Commune _____

N° ONSS _____ Personne à contacter _____

Tel _____ E-mail _____

L'employeur déclare que l'ouvrier/ouvrière ci-dessus travaille normalement à temps plein
 partiel: _____ h/semaine

I. Maladie de longue durée

L'employeur susmentionné déclare que l'ouvrier/ouvrière mentionné(e) ci-dessus est/a été

absent(e) pour maladie depuis le _____ et a repris le travail le _____

et a rechuté le _____

et a repris le travail le _____

n'a pas repris le travail.

écartée pendant sa grossesse du _____ au _____

congé de maternité du _____ au _____

absent(e) suite à un accident de travail indemnisé par l'assurance du _____ au _____

et est ensuite passé sur la mutuelle du _____ au _____

Veillez faire remplir le volet C du présent formulaire par la mutuelle ou y joindre un relevé d'indemnités

II. Force majeure

L'employeur déclare que le contrat a été rompu le _____ pour force majeure médicale

Documents à joindre à la demande:

- Attestation du **médecin du travail** relative à l'**incapacité** de travail **définitive**;
- Copie du document par lequel il est définitivement mis **fin au contrat pour force majeure médicale**;
- Document signé par l'Onem, le syndicat ou la mutuelle attestant que l'intéressé(e) bénéficie d'**allocations** de chômage, de maladie ou d'invalidité (**volet C du présent formulaire**).

III. Demande

L'employeur demande au Fonds social de payer à l'ouvrier/ouvrière concerné(e) l'allocation complémentaire

de maladie de longue durée (I)

de force majeure (II)

Date: _____

Cachet de l'entreprise

Signature de l'employeur

C. Déclaration de la mutuelle, de l'Onem ou du syndicat

L'instance ci-dessous déclare que _____ (nom et prénom de l'ouvrier/ouvrière)
a été indemnisé(e) du _____ au _____.

Date: _____

Cachet de l'organisme payeur

Signature du responsable