



SOCIAAL FONDS
FONDS SOCIAL

VOEDINGSHANDEL
COMMERCE ALIMENTAIRE

Formulier LZ119-1

**AANVRAAG VOOR
HET BEKOMEN VAN EEN TOESLAG
IN GEVAL VAN LANGDURIGE ZIEKTE OF OVERMACHT**

Terug te sturen aan:
Lore-Elène Dignef
Sociaal Fonds 119
Van Nieuwenhuyselaan 8 - 1160 Brussel
Of per email: led@comeos.be

A. Inlichtingen betreffende de arbeider/ster (in hoofdletters)

Naam Voornaam
Geboortedatum Rijksregisternummer ____ . ____ . ____ - ____ . ____
Straat nr bus
Postnummer Gemeente
Tel Gsm E- mail
IBAN BIC¹

De arbeider/ster wenst dat zijn/haar dossier in het ☐ Nederlands of in het ☐ Frans wordt behandeld.

B. Verklaring van de werkgever (in hoofdletters)

Werkgever
Straat nr bus
Postnummer Gemeente
RSZ-nr ☎
Te contacteren persoon E-mail

De bovenvermelde werkgever verklaart dat bovenvermelde arbeider/ster normaal

☐ voltijds ☐ deeltijds tewerkgesteld is en

..... uren/week werkt (voltijds arbeidsregime: uren/week)

I. Langdurige ziekte

De bovenvermelde werkgever verklaart dat bovenvermelde arbeider/ster

☐ afwezig is (geweest) wegens ziekte

sinds en

☐ het werk hervatte op

☐ en herviel op

☐ en het werk hervatte op

☐ het werk nog niet hervat heeft.

de periode gedekt door de gewaarborgde loon liep van tot

☐ tijdens haar zwangerschap niet mag werken

van tot

zwangerschapsverlof van tot

☐ afwezig is geweest als gevolg van een arbeidsongeval

van tot (= periode gedekt door de verzekering)

¹ Het IBAN bestaat uit 2 letters, 2 cijfers en uw bankrekeningnummer. U kunt die, samen met de BIC, op uw rekeninguittreksels vinden.

en daarna een tussenkomst van de mutualiteit kreeg

van tot

Gelieve deel C van dit formulier door de mutualiteit te laten invullen

II. **Overmacht**

De bovenvermelde werkgever verklaart dat de arbeidsovereenkomst wegens overmacht verbroken werd op omwille van de volgende reden

Documenten die aan deze aanvraag moeten toegevoegd worden:

- een attest van de arbeidsgeneesheer in geval van definitieve arbeidsongeschiktheid;
- een kopie van het document dat de definitieve verbreking van de arbeidsovereenkomst door overmacht vaststelt;
- een door de RVA, de vakbond of de mutualiteit ondertekend attest dat de betrokkene hetzij werkloosheidsuitkeringen hetzij ziekte- of invaliditeitsuitkeringen geniet (**deel C van dit formulier**).

III. **Aanvraag**

De werkgever verzoekt het Sociaal fonds de aanvullende vergoeding in geval van:

- ☐ langdurige ziekte
- ☐ overmacht

aan betrokken arbeider/ster uit te betalen.

Datum:

Stempel van de onderneming

**Handtekening van de werkgever
(die van het sociaal secretariaat is
NIET GELDIG)**

C. Verklaring van de mutualiteit, RVA of vakbond

De mutualiteit, RVA of vakbond, verklaart hierbij dat

..... (naam en voornaam van de arbeider/ster)

uitkeringen genoot van tot

Datum:

Stempel van de mutualiteit, RVA of vakbond

Handtekening van de verantwoordelijke