

Réservé au Fonds social:

LC \_\_\_\_\_

**DEMANDE D'ALLOCATION COMPLEMENTAIRE  
EN CAS DE LICENCIEMENT COLLECTIF**

A renvoyer à:  
Dries Smets  
Fonds social 119  
Av. Van Nieuwenhuyse 8  
1160 Bruxelles

**A. Renseignements concernant l'ouvrier ou l'ouvrière**

Nom ..... Prénom .....

Nom et prénom de l'époux/se ou du cohabitant légal<sup>1</sup> .....

Date de naissance ..... N° de registre national .....

Rue ..... n° ..... bte .....

Code postal ..... Commune .....

 ..... N° de compte bancaire .....

**B. Déclaration de l'employeur**

Entreprise .....

Rue ..... n° ..... bte .....

Code postal ..... Commune .....

N° ONSS .....  ..... Fax .....

Personne à contacter ..... E-mail: .....

<sup>1</sup> Nous devons fournir cette information sur les fiches de rémunération

L'employeur susmentionné

- déclare qu'il a mis fin le ..... au contrat de travail conclu avec l'ouvrier/ouvrière mentionné(e) ci-dessus, avec effet au .....
- déclare que ce licenciement a été notifié dans le cadre d'un licenciement collectif, c'est-à-dire un licenciement pour des raisons économiques ou techniques qui affecte, au cours d'une période continue de 60 jours, un nombre de travailleurs représentant au moins 10 % de l'effectif occupé en moyenne au cours de l'année civile précédant le licenciement (pour les entreprises qui occupent de 20 à 59 travailleurs: lorsque le licenciement collectif concerne au moins 6 travailleurs pendant la période visée).
- prie le Fonds social et de garantie du commerce alimentaire de payer l'allocation complémentaire en cas de licenciement collectif à l'ouvrier/ouvrière concerné(e) pour la période ininterrompue des 120 premiers jours indemnisables par l'Onem qui suivent le licenciement.

Fait à ..... le .....

**Cachet de l'entreprise**

**Signature de l'employeur**

**C. Déclaration de l'organisme payeur des allocations de chômage**

L'organisme payeur déclare que .....  
(nom et prénom de l'ouvrier/ouvrière) a eu droit aux allocations ordinaires de chômage  
du ..... au ....., soit ..... jours

Fait à ..... le .....

**Cachet de l'organisme payeur**

**Signature du responsable**