

Demande de remboursement des ALLOCATIONS COMPLEMENTAIRES DE CHOMAGE

F1

A renvoyer au Fonds Social dans les trois mois suivant la période concernée, sous peine de refus de remboursement.

A REMPLIR PAR
L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale de l'employeur
rue n° boîte
code postal localité
n° matricule O.N.S.S.
L'employeur soussigné déclare sur l'honneur que:
1° l'ouvrier(ère) ci-dessous a été mis en chômage, sur base de l'article 28 quater de la loi sur
le contrat de travail pour le mois de/....., les jours/demi-journées
indiqué(e)s ci-dessous

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
AM																
PM																
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
AM																
PM																

2° le montant des allocations complémentaires payé de ce chef s'élève à €.
3° le travail hebdomadaire est réparti sur 5 jours/6 jours (biffer la mention inutile)
signature de l'employeur précédée de la mention "déclaré sincère et véritable"
Remboursement au compte n° / /

A REMPLIR PAR
L'OUVRIER(ERE)

L'ouvrier(ère) soussigné(e)
Nom, prénoms date de naissance / /
rue n° boîte
code postal localité
état civil marié(e) / célibataire (biffer la mention inutile)
Déclare avoir touché de son employeur
l'allocation de chômage complémentaire totale de € pour jour(s) de chômage.
signature de l'ouvrier(ère) précédée de la mention "déclaré sincère et véritable"
carte de déménageur (numéro) P / /

A REMPLIR PAR
L'ORGANISME DE PAIEMENT DE
CHOMAGE

Je soussigné,
préposé de l'organisme de paiement
atteste que (nom, prénoms)
rue n° boîte
code postal localité
a bénéficié des allocations de chômage
du / / au / /, soit jours.
Nom ou raison sociale de l'employeur qui a notifié le chômage:
.....
sceau de l'organisme de paiement
signature
à / /

Réservé au Fonds Social: remboursé le / /
par :