

DEMANDE DE PRIME A L'EMBAUCHE DE JEUNES DE – DE 26 ANS
APPARTENANT A DES GROUPES A RISQUE
EMPLOIS TREMPLINS

A renvoyer à :
 Lore-Elène Dignef
 Fonds Social 202
 Avenue Van Nieuwenhuysse 8
 1160 Bruxelles
 Par email : led@comeos.be

L'ENTREPRISE

Dénomination
 N° ONSS N° de compte (BIC + IBAN).....
 Rue N° Bte
 Code postal Commune
 Tel Fax E-mail
 Personne à contacter

certifie que L'EMPLOYE DE MOINS DE 26 ANS AU MOMENT DE SON ENGAGEMENT

Nom Prénom
 Date de naissance..... Numéro de registre national__ . __ . __ - __ - __ - __
 Rue N° Bte
 Code postal Commune

1. appartient au groupe à risque indiqué ci-après :	Justificatifs à joindre :
<input type="checkbox"/> chômeurs indemnisés	Document d'Actiris, du FOREM, du VDAB ou de l'ONEM attestant de la qualité de demandeur d'emploi (C63)
<input type="checkbox"/> demandeurs d'emploi de longue durée	Document d'Actiris, du FOREM, du VDAB ou de l'ONEM attestant de la qualité de demandeur d'emploi (C63)
<input type="checkbox"/> demandeurs d'emploi à qualifications réduites	- Document d'Actiris, du FOREM, du VDAB ou de l'ONEM attestant de la qualité de demandeur d'emploi (C63) - Déclaration sur l'honneur concernant le niveau d'études (Formulaire TP119-3)
<input type="checkbox"/> personnes qui réintègrent le marché du travail	Document d'Actiris, du FOREM, du VDAB ou de l'ONEM attestant de la qualité de demandeur d'emploi (C63)
<input type="checkbox"/> bénéficiaires du revenu d'intégration	Attestation du CPAS (Formulaire TP119-4)
<input type="checkbox"/> personnes avec une aptitude au travail réduite	Attestation d'inscription au Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap, à l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, au Service bruxellois francophone des personnes handicapées ou au Dienststelle des Deutschsprachigen Gemeinschaft für Personen mit einer Behinderung sowie für die besondere soziale Fürsorge
<input type="checkbox"/> les employés en possession d'une carte de réductions restructurations au sens de l'arrêté royal du 9 mars 2006	Carte de restructuration
<input type="checkbox"/> les demandeurs d'emploi qui ne possèdent pas la nationalité d'un Etat membre de l'Union européen	- Document d'Actiris, du FOREM, du VDAB ou de l'ONEM attestant de la qualité de demandeur d'emploi (C63) - Permis de travail
<input type="checkbox"/> Les employés en PFI, IBO, FPI, formation en alternance ou stage de transition au moment de l'engagement	Attestation de formation en alternance, PFI/FPI/IBO, ou de stage de transition

2. a été engagé(e)
- à temps plein
 - à temps partiel (..... heures/semaine)
 - sous contrat à durée indéterminée
3. est entré(e) en service le et a donc, **au jour de signature du présent formulaire, plus de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise**
4. travaille toujours pour l'entreprise à la date de la demande

L'entreprise certifie également qu'elle n'a pas encore obtenu du Fonds social de prime pour l'embauche de l'employé cité.

L'entreprise souhaite obtenir la prime prévue par la convention collective de travail conclue au sein de la Commission paritaire des magasins d'alimentation à succursales multiples.

Elle joint à la présente la copie du contrat de travail signé par les deux parties ainsi que les documents justificatifs requis au point 1.

Fait à le

CACHET DE L'ENTREPRISE

POUR L'ENTREPRISE
(Signature - nom - qualité)

**Attention : la signature du secrétariat social
ne sera pas acceptée**

Déclaration sur l'honneur

A remplir par l'employé appartenant au groupe à risque "chômeur à qualifications réduites"

dans le cadre de la demande de prime à l'embauche de jeunes de – de 26 ans appartenant aux groupes à risque

introduite par l'entreprise

En cas de fraude à propos de son niveau d'études,
L'employé perd sa qualité de "chômeur à qualifications réduites"
et pourra se voir réclamer la prime indûment versée.

Le soussigné, (NOM, prénom)

..... (N° registre national)

déclare n'être titulaire d'aucun des diplômes suivants:

- diplôme de l'enseignement universitaire;
- diplôme ou certificat de l'enseignement supérieur de type long ou de type court;
- certificat de l'enseignement secondaire supérieur.

Fait à, le

Signature:

Déclaration du CPAS

A faire remplir par l'employé appartenant au groupe à risque "bénéficiaires du revenu d'intégration"
dans le cadre de la demande de prime à l'embauche d'employés appartenant aux groupes à risque introduite
par l'entreprise

Le soussigné, (NOM, prénom)

..... (fonction)

déclare que (NOM, prénom)

..... (n° national)

a bénéficié du revenu d'intégration du au

Fait à, le

Cachet du CPAS

Signature