

DEMANDE DE PAIEMENT D'ALLOCATIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE CHOMAGE TEMPORAIRE (SCP 149.01)

CADRE 1: A COMPLETER PAR L'OUVRIER(E)

L'OUVRIER(E) soussigné(e)

Nom: Prénom:

Rue: N°: Boîte:

Code Postal: Commune:

N° de Registre National: N° de téléphone:

Adresse e-mail :

N° IBAN: BE [][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][]

Code BIC: [][][][][][] [][][][][][] [][][][][][]

Signature de l'ouvrier(ère)

Précédée de la mention "déclaré sincère et véritable"

Date

! En cas de changement du n° de compte bancaire: joindre une copie de la carte d'identité (recto/verso) !

CADRE 2: A COMPLETER PAR L'ORGANISME DE PAIEMENT DES ALLOCATIONS DE CHOMAGE (CAPAC, CGSLB, CSC, FGTB)

Le soussigné, préposé de l'organisme de paiement

atteste que l'ouvrier(ère) susmentionné(e) a bénéficié des allocations de chômage temporaire pour les périodes:

MOIS (MM/AAAA)	MONTANT JOURNALIER	NOMBRE D'ALLOCATIONS	JOURS ENTIERS / DEMI- JOURS (Cocher ce qui vous concerne)	
.../.....	€	<input type="checkbox"/> Jours entiers	<input type="checkbox"/> Demi-jours
.../.....	€	<input type="checkbox"/> Jours entiers	<input type="checkbox"/> Demi-jours
.../.....	€	<input type="checkbox"/> Jours entiers	<input type="checkbox"/> Demi-jours
.../.....	€	<input type="checkbox"/> Jours entiers	<input type="checkbox"/> Demi-jours
.../.....	€	<input type="checkbox"/> Jours entiers	<input type="checkbox"/> Demi-jours
.../.....	€	<input type="checkbox"/> Jours entiers	<input type="checkbox"/> Demi-jours

Nom et raison sociale de l'employeur:

N° BCE: N° matricule ONSS:

Etabli à: date:

Signature du préposé

Cachet de l'organisme de paiement

! Joindre une attestation de la situation de chômage (avec mention du mois de référence, du nombre d'allocations et du montant) !