

**FONDS COMMUN DE L'ENTRETIEN DU TEXTILE****Brusselsesteenweg 478****1731 Zellik****Tél.: 02/482.37.24****Fax: 02/463.17.61****DEMANDE PREPENSION**

Organisation intermédiaire

Fonds:

REEMPLIR EN MAJUSCULES SVP:

Case 1 : demandeur

Case 2 : employeur

Case 1

*A remplir par l'intéressé(e)***N° du registre national** :**Nom** :**Prénom** :**Sexe** :**Adresse** :**Code postal + Commune** :**N° de compte en banque** :

demande l'attribution de l'allocation complémentaire de la prépension conventionnelle à partir du (jour, mois, année)

Et déclare:

1. Que les données, mentionnées par l'employeur dans le formulaire C4-prépension (en annexe) sont sincères et complètes;
2. Qu'il/elle ne bénéficie pas d'allocation non-cumulable avec l'allocation de chômage;
3. Qu'il/elle donne l'autorisation explicite au Fonds, de verser l'allocation complémentaire pour la prépension au numéro de compte mentionné ci-dessus;
4. Qu'il/elle s'engage à informer le Fonds sans délai de chaque changement dans sa situation, justifiant une révision du dossier, et à renoncer à toute créance résultant de sa négligence en cause;
5. Qu'il/elle s'engage à rembourser au Fonds toute allocation complémentaire de prépension indûment payée;
6. Qu'il/elle a au moins 1 an d'emploi ininterrompu immédiatement avant le licenciement ou bien au moins 5 années dans des entreprises ressortissant de la Commission Paritaire de l'Entretien du Textile.

En cas de reprise du travail ou d'arrêt de la reprise du travail, vous devez immédiatement prévenir le fonds par écrit (de préférence par courrier électronique).

QUESTIONNAIRE RELATIF A LA SITUATION FAMILIALE

A. Avez-vous un partenaire, un/une époux (se):	oui ☐	non ☐
B. Etes-vous isolé:	oui ☐	non ☐
1. Combien d'enfants avez-vous à charge:	Nombre:	
Combien d'entre eux sont handicapés: (°)	Nombre:	
2. Votre époux(se) a-t-il/elle des revenus professionnels ou des revenus de remplacement: (appointements, allocation de chômage, (pré)pension, etc,...)	oui ☐	non ☐
3. Votre époux(se) est-il/elle handicapé(e): (°):	oui ☐	non ☐
4. Vous-même, êtes-vous handicapé(e) : (°) (si oui, joindre attestation de la mutuelle svp)	oui ☐	non ☐
5. Etes-vous un parent non marié avec un ou plusieurs enfants à charge:	oui ☐	non ☐
6. Etes-vous un veuf ou une veuve non remarié(e) avec un ou plusieurs enfants à charge:	oui ☐	non ☐
7. Avez-vous d'autres personnes à charge que ceux stipulés dans l'art. 82, §1,3° jusqu'au 5° du Code des Impôts sur les revenus, c-à-d. collatéraux jusqu'au deuxième degré y compris, arrière-petits-enfants, parents, beaux-parents, frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs :	oui ☐	non ☐
Si oui, combien:	Nombre:	
Combien d'entre eux sont handicapés (°):	Nombre:	

(°) au moins 66 %

Je déclare que ces renseignements sont sincères.

Date:

Signature,

Case 2

A remplir par le dernier employeur

DONNEES POUR LE CALCUL DE L'ALLOCATION COMPLEMENTAIRE DE LA PREPENSION

L'employeur:

Nom:

Adresse:

Code postal: Commune:

N° ONSS:

Reconnu comme entreprise: - en difficultés	OUI	NON
- en restructuration	OUI	NON

Fournit les données suivantes concernant le travailleur, demandeur (voir Case 1), de la prépension conventionnelle, et déclare que ces renseignements sont sincères et complets :

	OUVRIER	EMPLOYEE
a. Salaire horaire normal:		par heure
b. Durée du travail hebdomadaire moyenne:		heures/semaine
c. Salaire mensuel brut: a x b x 13/3:		
d. Moyenne des primes mensuelles:		
Type de prime :		
e. Moyenne des avantages mensuels en nature:		
f. Total salaire brut mensuel:	_____	_____

Cachet Entreprise

Date:

Signature,