|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Catégorie 1 : 1/12ème du salaire annuel s’élève à maximum € 3000**   * 50 heures d’accompagnement  en groupe, 4 heures de conseil  en formation incluses * 10 heures d’accompagnement individuel * Valeur de l’offre d’outplacement  € 3000 | **Catégorie 2 : 1/12ème du salaire annuel se situe entre € 3001 et  € 4200**   * 41 heures d’accompagnement en groupe, 4 heures de conseil en formation incluses * 19 heures d’accompagnement individuel * Valeur de l’offre d’outplacement  € 4200 | **Catégorie 3 : 1/12ème du salaire annuel est de minimum € 4201**   * 32 heures d’accompagnement  en groupe, 4 heures de conseil  en formation incluses * 28 heures d’accompagnement individuel * Valeur de l’offre d’outplacement  € 5500 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A compléter par l’entreprise : | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| **Nom de l’entreprise :** | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| N°ONSS : | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Rue: | | N°: Boîte: | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Locatlité: | | Code Postal: | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Responsable: | | Fonction: | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| N° de téléphone du responsable : | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| E-mail du responsable : | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| **Concernant l’employé(e) licencié(e):** | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| Date d’entrée en fonction: | | | Date de licenciement: | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| Régime de travail (temps plein/temps partiel - spécifier 4/5ème, 1/2ème…..): | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Les indemnités de préavis correspondent à un préavis de ................. semaines, sur laquelle 4 semaines  sont imputées pour l’outplacement.  1/12ème du salaire annuel définie par la loi s’élève à €......................  Par conséquent, l’employé(e) licencié(e) a droit à l’offre d’outplacement de la catégorie .........  Ce montant – avec un minimum de 1.800 € et un maximum de 5.500 € (1) - sera payé au Fonds Social  parallèlement à l’envoi de cette demande, sur le numéro de compte du Fonds Social : BE14 0017 3165 2383  en mentionnant le numéro ONSS de l’entreprise et le nom de l’employé sur le formulaire de paiement. | | | | | | |  | | | | |

1. En cas de régime de travail à temps partiel, la fourchette minimale de 1.800 € et la fourchette maximale de 5.500 € est proratisée en fonction de la durée des prestations de travail

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A compléter par l’employé licencié : | | | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Nom : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Prénom : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Rue : | | N° (+ Bte) : | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Code postal : | | Localité : | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Numéro national : | | Sexe : | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Téléphone/GSM: | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| E-mail : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Dernière fonction exercée : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Diplôme le plus élevé obtenu : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |
| Je suis d’accord avec les données, les délais et les montants mentionnés par l’entreprise.  Je suis d’accord avec les données, les délais et les montants mentionnés par l’entreprise. | | | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Je souhaite suivre le programme : | | | |
| * En **Français** dans la province suivante : | | | |
| Région de Bruxelles - Capitale | Hainaut | Namur |
| Brabant wallon | Liège | Luxembourg |
|  | | | |
| * En **Néerlandais** dans la province suivante : | | | |
| Région de Bruxelles – Capitale  Brabant Flamand  Limbourg | | | |
| Flandre Orientale  Flandre occidentale  Anvers | | | |
|  | | | |
| * En **Allemand** dans la province suivante : | | | |
| Liège (Communauté germanophone, Eupen) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’employé concerné reçoit de Cefora des frais d’indemnité de €70 par tranche d’accompagnement  de 20 heures effectivement prestées avec un maximum de €210.  Ce montant doit être versé sur le numéro de compte (IBAN) suivant: | | |
| (IBAN) : BE | Au nom de : |

Après signature des deux parties, à envoyer par **mail**, en même temps qu’une copie du document C4 à : [**outplacement@cefora.be**](mailto:outplacement@cefora.be)

**La demande n’est recevable que lorsque le 1/12ème du salaire annuel de l’employé licencié a été payé au Fonds Social.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

L’employeur et l’employé déclarent être d’accord avec l’offre d’outplacement via Cefora asbl et avec la valeur de l’offre d’accompagnement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| Pour l’employeur \* | | Pour l’employé \* |

\* signature et date précédés de la mention “Lu et approuvé”