# LOGO-ABBET-FR-NL

**Formulaire de demande de subvention Actions secteurs**  (à remplir par l’employeur)

Ce formulaire est destiné aux institutions du secteur non marchand agréées par la COCOM ou

bénéficiant d’un subside Cohésion sociale ou ISP

*Nous vous invitons à consulter notre site internet* [***ABBET.BE***](https://abbet.be/Fiche-3-4-Le-CPPT-Comite-pour-la%23%3A~%3Atext%3DLe%20Comit%C3%A9%20pour%20la%20pr%C3%A9vention%2Cle%20bien-%C3%AAtre%20au%20travail.)*afin de prendre connaissances des conditions, avant d’introduire un formulaire de demande de subvention.*

1. **DONNEES DE L’ORGANISATION QUI INTRODUIT LA DEMANDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Secteur COCOF**  | **Secteur Cocom** |
| **[ ]  Cohésion sociale****[ ]  ISP (Insertion SocioProfessionnelle )**  | **[ ]  Aides et soins****[ ]  Personnes en situation de handicap[ ]  Sans-abri** **[ ]  Santé mentale****[ ]  Seniors****[ ]  Autres :** |

**Nom de l’organisation :**

Rue et n° :

Code postal :       Commune :

Commission paritaire :

N° BCE (n° d’entreprise) : [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ]

N° ONSS : [ ] [ ] [ ]  - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]

N° de compte bancaire IBAN : BE [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]

**Personne de contact :**

Fonction :

Téléphone :       Email :

**Nombre de travailleurs :** En ETP :

 Personnes physiques :

1. **OBLIGATIONS LEGALES MISES EN PLACE AU SEIN DE L’INSTITUTION**

Y a-t-il au sein de l’institution un **conseiller en prévention interne** ? OUI [ ]  NON [ ]

Dans l’affirmative:

* dispose-t-il des connaissances de base sur le bien-être au travail ? OUI [ ]  NON [ ]
* a-t-il suivi une formation reconnue par le SPF Emploi ? OUI [ ]  NON [ ]

Y a-t-il au sein de votre institution un travailleur (ou plusieurs)
assumant le rôle de **secouriste** ? OUI [ ]  NON [ ]

Dans l’affirmative, est-il formé? OUI [ ]  NON [ ]

Y a-t-il au sein de votre institution un **service interne de lutte contre l’incendie** ? OUI [ ]  NON [ ]

Dans l’affirmative, le travailleur a-t-il suivi une formation ? OUI [ ]  NON [ ]

Avez-vous réalisé une analyse de risques globale au sein de votre institution ? OUI [ ]  NON [ ]

Date de réalisation de cette analyse :

Commentaire (facultatif) :

**J’atteste sur l’honneur que les informations déclarées ci-dessus sont véridiques au moment de l’introduction de la demande.**

1. **CONSULTATION DES TRAVAILLEURS**

Les Fonds demandent que le personnel soit consulté.

**ANNEXE**

* Preuve de la concertation sociale avec ce formulaire de demande.

**ANALYSE DE RISQUE**

**A COMPLETER si** vous souhaitez introduire une demande d’analyse de risques avec **un opérateur autre que** **l’ABBET.**

Type d’analyse de risques demandé:

[ ]  Globale

[ ]  Risques psycho-sociaux

[ ]  Incendie

[ ]  Postes de travail

[ ]  Autres domaines du bien-être au travail (risques électriques, aménagement des locaux) :

Motivation de l’analyse des risques[[1]](#footnote-1) :

Motivation du recours à un opérateur autre que l’ABBET :

Méthode utilisée :

**Personnel qui va participer activement à l’analyse de risques :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom travailleur** | **Prénom travailleur** | **Genre** | **Fonction exercée** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Identification de l’opérateur qui va réaliser l’analyse de risques et données financières**

Nom de l’opérateur d’analyse de risque :

Forme juridique de l’opérateur :       - Est-ce un SEPPT ?

Nom de l’intervenant :

Dates et durée prévue de l’intervention au sein de l’organisme pour réaliser l’analyse de risques :

Coût de l’intervention :

Montant demandé à l’ABBET :

**Si l’ensemble des travailleurs de l’institution ne participe pas à l’intervention:**

Pour quelles raisons certains travailleurs ne participent pas à l’intervention ?

Comment vont-ils être associés aux résultats de l’analyse ?

**ANNEXES**

* Offre de l’opérateur réalisant l’analyse de risques (un volet de recommandations doit être prévu)
* CV de l’intervenant

**Je déclare avoir pris connaissance des modalités décrites sur le site internet de l’ABBET et accepte les conditions dont, notamment, le principe que le paiement final est conditionné à la réception des documents justificatifs (factures, preuves de paiement, données des participants…).**

**Date de la demande :**

**Nom et signature responsable de l’organisation qui introduit la demande :**

**Envoyez le formulaire de demande complet, avec les annexes demandées, par mail à :** **bourses@abbet.be**

1. Exemple : injonction du contrôle Bien-être, demande d’intervention formelle au service externe, etc [↑](#footnote-ref-1)