# 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 la COCOF et

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 :

 En 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.

**REMBOURSEMENT DES FRAIS DE FORMATION**

Cocher la formation correspondante :

[ ]  Formation (individuelle)

[ ]  conseiller en prévention

[ ]  personne de confiance

[ ]  équipier de première intervention

[ ]  secourisme (reconnue par le SPF Emploi)

[ ]  Formation complémentaire individuelle (recyclage)

**Intitulé de la formation:**

**Nombre de participants**:

|  |  |
| --- | --- |
| **LES FRAIS D’INSCRIPTION** | **MONTANT** |
| Coût par participant |       |
| **Coût total** (= coût total par participant x le nombre de participants pour qui vous faites la demande)**:**  |       |

1. **DUREE DE LA FORMATION**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de début  |       |
| Date de fin  |       |
| Nombre de sessions par participant  | Nombre de journées entières :       |
| Nombre de demi-journées :       |
| **Nombre total de sessions** (nombre de sessions par participant x le nombre de participants pour lesquels vous faites la demande) | **Nombre de journées entières :**       |
| **Nombre de demi-journées :**       |

1. **OPERATEUR DE FORMATION**

Nom de l’opérateur de formation :

Forme juridique :

Rue et n° :

Code postal :       Commune :

**Motivez ci-dessous votre choix si l’opérateur de formation n’est pas une asbl ou un opérateur public :**

1. **ANNEXES A JOINDRE**
* Offre de l’opérateur de formation
* CV du formateur

**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 :**

**Annexes :**

[ ]  Preuve de concertation sociale[[1]](#footnote-1)

[ ]  Offre de l’opérateur de formation

[ ]  CV du formateur

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

1. [↑](#footnote-ref-1)