**Formulaire de demande de financement Embauche Complémentaire** (à remplir par l’employeur)

[ ]  Conseiller.ère en prévention (CP) [ ]  Personne de confiance (PC)

**A remplir avant le 1er novembre**

*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 | [ ]  Aides et soins[ ]  Personnes en situation de handicap[ ]  Sans-abri [ ]  Santé mentale[ ]  Seniors |

**Nom de l’organisation :**      **.............................................................**

Rue et n° :       Code postal :       Commune :

Commission paritaire :

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

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

**Personne de contact :**      ............................................................... Fonction :

Téléphone :       Email :

**Nombre de travailleurs :**Personnes physiques :       En ETP :

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

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

Dans l’affirmative:

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

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

Dans l’affirmative, est-il.elle formée? OUI [ ]  NON [ ]

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

Dans l’affirmative, les membres a-t-il.elle.s 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.

**EMBAUCHE COMPLEMENTAIRE POUR LE CONSEILLER EN PREVENTION OU PERSONNE DE CONFIANCE**

**Cochez la modalité choisie :**

[ ]  1. Augmentation du temps de travail d’un.e travailleur.se déjà en place (avenant au contrat de travail)

[ ]  2. Engagement d’un.e nouveau travailleur.euse (nouveau contrat de travail)

**PROFIL DU.DE LA CONSEILLER.ÈRE EN PREVENTION / DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Nom :       Prénom :

Fonction principale :       Fait-il.elle partie du personnel de direction :

Courriel :       Téléphone :

Depuis quand exerce-t-il.elle cette fonction auprès de l’employeur concerné ?

Dispose-t-il.elle de l’attestation de formation de base pour exercer la fonction (CP ou PC) : [ ]  oui [ ]  non

Si non, date de programmation de la formation :

Temps de travail contractuel au moment de la demande :       h/sem

Temps de travail dédié à la fonction:       h/sem

 **MISE EN OEUVRE DE L’EMBAUCHE COMPLÉMENTAIRE**

Nom de la personne qui va bénéficier de l’embauche complémentaire :

 Sa fonction et son régime de travail actuel :       h/sem

S’agit-il du.de la conseiller.ère en prévention / de la personne de confiance?

[ ]  OUI

[ ]  NON car le.la CP / La PC travaille déjà à temps plein (ou ne veut pas augmenter son régime de travail).

Si c’est non, Précisez comment la personne bénéficiant de l’embauche complémentaire va alléger la charge de travail du.de la CP / PC (de sorte que la personne désignée puisse davantage se consacrer à sa fonction de CP/PC) :

Volume de temps de travail dédié à la fonction de CP/PC pour lequel un financement est demandé :      h/sem

Période du financement du :       /202.. au       /202..

Motivations du volume de temps de financement:

**MONTANT DE L’EMBAUCHE COMPLEMENTAIRE**

Coût salarial (incluant pécule de vacances et prime de fin d’année) demandé pour la durée totale de l’embauche complémentaire :

Salaire horaire de la personne bénéficiant de l’embauche:

Coût de l’embauche pour l’année en cours :

**POSITIONNEMENT PAR RAPPORT AU CAHIER DES CHARGES**

**Résumé du cahier des charges**

1. Affecter le temps de travail supplémentaire financé aux activités de conseiller.ère en prévention /personne de confiance (joindre une copie de l’avenant au contrat de travail reprenant le temps de travail dédié à sa fonction de CP/PC dans le mois qui suit l’accord de l’ABBET)
2. Fournir le contrat initial et l’avenant au contrat de la personne qui bénéficie de l’embauche
3. S’assurer que le.la travailleur.euse a suivi une formation de base de conseiller.ère en prévention/ Personne de confiance ou la suivra dans les trois mois qui suivent le début du financement.
4. Désigner pour la fonction un.e travailleur.euse ne pas faisant pas partie du personnel de direction
5. Entamer une analyse participative des risques dans les 9 mois qui suivent le début du financement dans le cas où aucune analyse de risque n’a été réalisée au préalable
6. Transmettre le plan annuel d’action défini suite à l’analyse de risques ainsi que le plan global de prévention actualisé
7. Participer aux intervisions entre CP ou PC organisées par l’ABBET
8. Transmettre un rapport financier (Tableau Excel fourni par l’ABBET + fiches de paies pour la période concernée) concernant l’année pour le 15 janvier de l’année suivante
9. Réaliser un rapport final au plus tard un mois après la fin du financement

**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 (contrat, avenant de contrat, fiches de paie, tableau justificatif remis par l’ABBET).**

**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**