**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 de l’année**

*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 | [ ]  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 travailleur·euse·s :** 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:

* Ses noms et mail :
* 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 ont-t-il·elle·s suivi une formation ? OUI [ ]  NON [ ]

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

Si oui, date de réalisation de cette analyse :

Si non, quand projetez-vous de la réaliser :

Commentaire (facultatif) :

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

1. **EMBAUCHE COMPLEMENTAIRE POUR CONSEILLER·ERE EN PREVENTION OU PERSONNE DE CONFIANCE**

**Cochez la modalité choisie :**

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

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

**PROFIL DU·DE LA CONSEILLER·ÈRE EN PREVENTION / DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ENGAGÉ·E/NOMMÉ·E**

 Nom :       Prénom :

 Fonction principale (autre que PC/CP) :       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

 **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 conseiller·ère en prévention / la personne de confiance ne peut 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 conseiller·ère en prévention / personne de confiance, de sorte que la personne désignée puisse davantage se consacrer à sa fonction de prévention :

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

Période du financement (18 mois maximum) à partir du :       /202.. au       /202..

Motivation 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. Le financement octroyé par l’ABBET a pour but la mise en place de la fonction de conseiller·ère en prévention /personne de confiance. La durée limitée du financement ne limite pas la durée du poste. L’Association qui y recourt s’engage à maintenir le poste même après la fin du financement.
2. L’association s’engage à 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).
3. L’association s’engage à fournir le contrat initial et l’avenant au contrat de la personne qui bénéficie de l’embauche mentionnant le lien avec la fonction de PC/ CP.
4. L’institution devra s’assurer que le.la travailleur·euse a suivi une formation de base de conseiller·ère en prévention/ Personne de confiance ou la suivra endéans l’année.
5. L’association désigne pour la fonction un·e travailleur·euse ne faisant pas partie du personnel de direction.
6. Dans le cas où aucune analyse de risque globale n’a été réalisée au préalable, l’institution entamera une analyse des risques globale participative dans l’année qui suit le début du financement.
7. Elle transmettra le plan annuel d’action défini à la suite de l’analyse de risques ainsi que le plan global de prévention actualisé.
8. Le.la travailleur·euse (CP pou PC) participera à des intervisions entre pairs.
9. L’association s’engage à transmettre au terme de chaque année civile, un rapport financier (Tableau Excel fourni par l’ABBET + fiches de paies pour la période concernée) pour le 15 janvier de l’année suivante.
10. L’institution réalisera un rapport final qu’elle remettra à l’ABBET au plus tard un mois après la fin du financement.
11. **CONSULTATION DES TRAVAILLEURS**

Les Fonds demandent que le personnel soit consulté.

**ANNEXE**

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

**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 du.de la responsable de l’organisation qui introduit la demande :**

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