**Formulaire de demande de prime de remplacement pour arrêt de travail pour raisons médicales** (à remplir par l’employeur)

**A remplir avant le 1er novembre**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Secteur COCOF** | **Secteur COCOM** |
| Insertion Socioprofessionnelle (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 travailleurs :**Personnes physiques :       En ETP :

1. **OBLIGATIONS LEGALES EN MATIÈRE DE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL 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:

* Nom et email du·de la conseiller·ère en prévention :
* 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

Si oui, date de réalisation de cette analyse des risques :

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. **CONSULTATION DES TRAVAILLEURS**

Les Fonds demandent que le personnel soit consulté.

**ANNEXE**

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

**REMPLACEMENT EN LIEN AVEC UN ARRET DE TRAVAIL POUR RAISON MEDICALE**

**COCHEZ LA MODALITÉ CHOISIE :**

1. Remplacement en période de salaire garanti

2. Prime de transition en période de reprise après une absence de longue durée

**TRAVAILLEUR.EUSE REMPLACÉ.E (EN MALADIE)**

Nom :       Prénom :       Fonction :

Temps de travail contractuel au moment où débute la maladie :       h/sem

Date de début de maladie[[1]](#footnote-1) :

Date de reprise (En cas de demande de prime de transition)[[2]](#footnote-2)

**TRAVAILLEUR.EUSE REMPLAÇANT.E**

Nom :       Prénom :

Date de début du contrat de remplacement [[3]](#footnote-3)

Temps de travail contractuel au moment où débute le contrat de remplacement :       h/sem

Salaire horaire de la personne bénéficiant du contrat de remplacement:

**MONTANT DE LA PRIME**

Salaire payé au.à la remplaçant.e **durant la période de salaire garanti** du.de la remplacé.e :

Salaire payé au.à la remplaçant.e **durant la période de reprise** du.de la travailleur.euse de retour au travail après maladie :

Prime demandée :       (maximum 50% du coût salarial total du remplacement ou du maintien du contrat de remplacement)

**POSITIONNEMENT PAR RAPPORT AU CAHIER DES CHARGES**

**Résumé du cahier des charges**

1. Remplacement durant la période de salaire garanti ou poursuite du remplacement à la reprise de la personne remplacée.
2. Cette prime vise à soutenir le remplacement le plus rapide possible d’un travailleur en incapacité pendant une durée de maximum 4 semaines (période de salaire garanti).
3. Cette action vise aussi à permettre à l’association de financer une période de “transition” et de transmission entre la personne remplaçante et la personne remplacée lors de son retour au travail (poursuite du contrat de remplacement durant les 4 premières semaines après le retour au travail) ;
4. Maximum 50% du coût salarial total du remplacement ou du maintien du contrat de remplacement
5. Il doit être bien mentionné dans le contrat de remplacement le nom de la personne remplacée.
6. Il doit être prévu dans le contrat de remplacement qu’il prendra fin 4 semaines à partir de la date de retour de la personne remplacée (dans le cas d’un prolongement du remplacement après la période d’incapacité)
7. Fournir à l’ABBET le contrat de remplacement ainsi que les fiches de paie du.de la travailleur.se remplacé.e et du.de la travailleur.se remplaçant.e.

**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).**

**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**](mailto:bourses@abbet.be)

1. Fournir la fiche de paie du.de la travailleur.euse en maladie mentionnant les jours de salaire garanti. [↑](#footnote-ref-1)
2. Fournir la fiche de paie du.de la travailleur.euse en maladie mentionnant sa date de reprise. [↑](#footnote-ref-2)
3. Fournir le contrat de remplacement du.de la remplaçant.e mentionnant la date de début du remplacement et son salaire ainsi que les fiches de paies pour les mois ouvrant le droit à la prime [↑](#footnote-ref-3)