

Formulaire de demande d'intervention du Fonds Social concernant le complément d'indemnité en cas d'incapacité de travail de longue durée

Le soussigné¹ :

Nom et prénom :

Rue : N°: Bte:

Code postal : Commune :

N° de registre national² : Date de naissance :

sollicite le complément d'indemnité pour incapacité de travail de longue durée du au inclus.

Renseignements indispensables au traitement du dossier :

- Entreprise de travail intérimaire :
- Date du début de l'incapacité :
- Durée du contrat de travail interrompu pour cause d'incapacité: du..... au.....
- Incapacité encore en cours : oui - non³
- Si l'incapacité est terminée: date de fin :

Paiement

• Mode de paiement de l'indemnité : virement bancaire

• Virement bancaire : n° de compte : |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|

Documents à joindre à la présente demande :

(Attention : le dossier ne pourra pas être traité si un de ces documents n'est pas joint)

1. une copie du contrat de travail intérimaire qui a été interrompu pour cause d'incapacité de travail et la fiche de paie correspondante;
2. la preuve de l'ancienneté de 2 mois dans le secteur de l'intérim sur une période de 4 mois (contrats de travail et fiches de paie correspondantes ou attestation détaillée de l'entreprise intérimaire);
3. la (les) attestation(s) de la mutuelle attestant les indemnités perçues par l'intérimaire pour la période d'incapacité pour laquelle l'intervention du Fonds Social est sollicitée.

Certifié sincère et exact,

Date :

signature :

¹ Les informations recueillies à votre sujet sont destinées à être utilisées par le Fonds Social pour les intérimaires dans le cadre de la CCT du 16 juin 2009 relative aux avantages sociaux destinés aux travailleurs intérimaires. Conformément à la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, elles vous seront communiquées à votre demande et seront, le cas échéant, corrigées.

² mentionné sur la carte d'identité