



DEMANDE DE PRIME A L'EMBAUCHE DE JEUNES DE - DE 26 ANS
APPARTENANT A DES GROUPES A RISQUE
EMPLOIS TREMPLINS

A renvoyer à :
Lore-Elène Dignef
Fonds Social 312
Avenue Van Nieuwenhuyse 8
1160 Bruxelles
Par email : led@comeos.be

L'ENTREPRISE

Dénomination

N° ONSS N° de compte (BIC + IBAN).....

Rue N° Bte

Code postal Commune

Tel Fax E-mail

Personne à contacter

certifie que

LE TRAVAILLEUR DE MOINS DE 26 ANS AU MOMENT DE SON ENGAGEMENT

Nom Prénom

Date de naissance..... Numéro de registre national ____ . ____ . ____ - ____ - ____

Rue N° Bte

Code postal Commune

1. appartient au groupe à risque indiqué ci-après ¹

- chômeurs indemnisés ²
- chômeurs de longue durée ²
- chômeurs à qualifications réduites ³
- personnes qui réintègrent le marché de l'emploi ²
- bénéficiaires du revenu d'intégration ⁴
- handicapés ⁵
- les travailleurs en possession d'une carte de réductions restructurations au sens de l'arrêté royal du 9 mars 2006 relatif à la politique d'activation en cas de restructurations ⁶
- les demandeurs d'emploi qui ne possèdent pas la nationalité d'un Etat membre de l'Union européenne ²⁺⁷
- les travailleurs ayant une inaptitude au travail définitive d'au moins 33 % ⁵
- les travailleurs en PFI, IBO, FPI, formation en alternance ou stage de transition au moment de l'engagement ⁸

¹ Noircir la case correspondante

² Joindre copie du formulaire C63 de l'ONEM (éventuellement de la carte de pointage)

³ Joindre un document de ACTIRIS, FOREM ou VDAB attestant de la qualité de demandeur d'emploi
ET une déclaration sur l'honneur concernant le niveau d'études (voir Formulaire TP312-3)

⁴ Joindre une attestation du CPAS (voir Formulaire TP312-4)

⁵ Joindre une attestation d'inscription au Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, à l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, au Service bruxellois francophone des personnes handicapées ou au Dienststelle des Deutschsprachigen Gemeinschaft für Personen mit einer Behinderung sowie für die besondere soziale Fürsorge

⁶ Joindre carte de restructuration

⁷ Permis de travail

⁸ Contrat PFI, IBO, FPI, formation en alternance ou de stage de transition

2. a été engagé(e)

à temps plein

à temps partiel (..... heures/semaine)

sous contrat à durée indéterminée

3. est entré(e) en service le et a donc, **au jour de signature du présent formulaire, plus de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise**

4. travaille toujours pour l'entreprise à la date de la demande

L'entreprise certifie également qu'elle n'a pas encore obtenu du Fonds social de prime pour l'embauche du travailleur cité.

L'entreprise souhaite obtenir la prime prévue par la convention collective de travail conclue au sein de la Commission paritaire des magasins d'alimentation à succursales multiples.

Elle joint à la présente la copie du contrat de travail signé par les deux parties ainsi que les documents justificatifs requis.

Fait à le

CACHET DE L'ENTREPRISE

POUR L'ENTREPRISE
(Signature - nom - qualité)

**Attention : la signature du secrétariat social
ne sera pas acceptée**

Déclaration sur l'honneur

A remplir par le travailleur appartenant au groupe à risque "chômeur à qualifications réduites"

dans le cadre de la demande de prime à l'embauche de jeunes de – de 26 ans appartenant aux groupes à risque

introduite par l'entreprise

En cas de fraude à propos de son niveau d'études,
Le travailleur perd sa qualité de "chômeur à qualifications réduites"
et pourra se voir réclamer la prime indûment versée.

Le soussigné, (NOM, prénom)

..... (N° registre national)

déclare n'être titulaire d'aucun des diplômes suivants:

- diplôme de l'enseignement universitaire;
- diplôme ou certificat de l'enseignement supérieur de type long ou de type court;
- certificat de l'enseignement secondaire supérieur.

Fait à, le

Signature:

Déclaration du CPAS

A faire remplir par le travailleur appartenant au groupe à risque "bénéficiaires du revenu d'intégration"
dans le cadre de la demande de prime à l'embauche de travailleurs appartenant aux groupes à risque introduite
par l'entreprise

Le soussigné, (NOM, prénom)

..... (fonction)

déclare que (NOM, prénom)

..... (n° national)

a bénéficié du revenu d'intégration du au

Fait à, le

Cachet du CPAS

Signature