

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE DE LA BOULANGERIE POUR LES
OUVRIERS (CP 118.3)**

E-Mail: RCC@synersec.be

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RECOUVREMENT DE CHÔMAGE
AVEC COMPLÉMENT D'ENTREPRISE (RCC)**

I. À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

**Veuillez remplir tous les champs. Si vous avez des questions, veuillez nous
contacter en utilisant les coordonnées en bas de la page.**

INFORMATIONS SUR L'EMPLOYEUR

Nom de la firme _____
N° ONSS _____
N° d'entreprise _____
Rue _____ Nr./Boîte _____
Code postale _____ Commune _____
Pays _____
E-mail _____
N° de téléphone _____

FACTURES DECAVA

Adresse de facturation ☐ La même/ ☐ L'adresse ci-dessous _____
Nom de la firme _____
Rue _____ Nr./Boîte _____
Code postale _____ Commune _____
Pays _____
E-mail _____
Préférences de
communication ☐ E-mail / ☐ Poste _____
Langue ☐ Français / ☐ Néerlandais / ☐ Anglais / ☐ Allemand _____

PERSONNE DE CONTACT DE L'EMPLOYEUR

Prénom _____
Nom _____
E-mail _____
N° de téléphone _____
Langue _____

FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE DE LA BOULANGERIE POUR LES OUVRIERS (CP 118.3)

E-Mail: RCC@synersec.be

INFORMATION D'EMPLOYEE

Prénom	_____
Nom	_____
N° de registre national	_____
Date d'entrée	_____
Date de sortie	_____
Mois de référence ¹	_____
Date de début RCC ²	_____
Date de pension	_____
Régime RCC (Sélectionner 1)	☐ Régime général ☐ Travail de nuit ☐ Régime métier lourd ☐ Régime avec 40 années de passé professionnel ☐ Régime raisons médicales ☐ Entreprise en restructuration: de ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____ ☐ Entreprise en difficulté: de ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____ ☐ Différent: _____
Régime de travail	☐ Temps plein / ☐ Temps partiel
Crédit-temps	☐ Oui: ____ % avec un régime de travail avant crédit-temps de ____ % ☐ Non
Salaire horaire brut sans primes ³	_____
Nombre d'heures/semaine ³	_____
Primes mens. ⁴	_____
Indemnité compl. Mens. de l'employeur	_____

¹ Le mois sur lequel le calcul de RCC est fondée.

² Attention: éventuellement tenir compte de la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement

³ Du mois de référence.

⁴ La moyenne des primes des 12 derniers mois de travail.

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE DE LA BOULANGERIE POUR LES
OUVRIERS (CP 118.3)**

E-Mail: RCC@synersec.be

IMPORTANT: DOCUMENTS A JOINDRE

- **Copie du compte individuel ou des fiches mensuelles de salaire des 12 derniers mois de travail**
- **Copie du formulaire C17.**
- **Copie du formulaire C17 - passé professionnel (pour les dossiers 56 ans avec une carrière de 40ans).**
- **Copie du formulaire C4-RCC.**
- **Copie d'attestation du status d'entreprise si vous avez selectioné le statut d'entreprise en difficulté ou en restructuration.**

Nous soussignés, déclarons que les renseignements indiqués ci-dessus, sont exacts et complets.

Ils reconnaissent le droit au Fonds Social et de Garantie de l'Industrie Alimentaire d'en vérifier l'exactitude à tout instant.

Fait à _____

le _____

Signature du travailleur,

Signature de l'employeur,

FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE DE LA BOULANGERIE POUR LES OUVRIERS (CP 118.3)

E-Mail: RCC@synersec.be

II. À COMPLÉTER PAR LE TRAVAILLEUR

Veillez remplir tous les champs. Si vous avez des questions, veuillez nous contacter en utilisant les coordonnées en bas de la page

ATTENTION: Si les données changent pendant la durée de RCC, veuillez le signaler dès que possible en utilisant les coordonnées au bas de cette page.

EMPLOYEE

Prénom _____
Nom _____
N° ONSS _____
Rue _____ Nr./Boîte _____
Code postale _____ Commune _____
E-mail _____
Pays _____
N° de téléphone _____
Préférences de communication ☐ E-mail / ☐ Poste _____
IBAN-N° de compte bancaire. _____ BIC _____

DONNÉES POUR LE CALCUL

Employee handicapé ¹ ☐ Oui / ☐ Non _____
Situation familiale ☐ Célibataire / ☐ Cohabitant de fait / ☐ Cohabitant légal /
☐ Marié(e) / ☐ Divorcé(e) / ☐ Veuf-Veuve _____
Conjoint handicapé ¹ ☐ Oui / ☐ Non _____
Conjoint avec revenus ☐ Oui / ☐ Non _____
Revenus conjoint exclus pensions / Revenus mensuels net
rentes ☐ Oui/ ☐ Non _____ conjoint € _____
Nombre total enfants à charge _____ Dont moins-valides¹ _____
Nombre personnes à charge moins que 65 ans _____ Dont moins-valides¹ _____
Nombre personnes à charge plus que 65 ans _____ Dont moins-valides¹ _____
Nombre personnes à charge plus que 65 ans et besoin d'aide _____ Dont moins-valides¹ _____

¹ Selon les notions concernant l'allègement fiscale. Plus d'information sur www.financien.belgium.be.

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE DE LA BOULANGERIE POUR LES
OUVRIERS (CP 118.3)**

E-Mail: RCC@synersec.be

Je déclare que les renseignements indiqués ci-dessus, sont exacts et complets.

Ils reconnaissent le droit au Fonds Social et de Garantie de l'Industrie Alimentaire d'en vérifier l'exactitude à tout instant.

Fait à _____ le _____

Signature du travailleur,

FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE DE LA BOULANGERIE POUR LES OUVRIERS (CP 118.3)

E-Mail: RCC@synersec.be

III. A COMPLETER PAR LE SERVICE DE CHOMAGE

CHOMEUR AVEC RCC

Prénom _____
Nom _____
Numero de registre national _____
Rue _____ N°/Boîte _____
Code postal _____ Commune _____
Pays _____
Code d'allocation de chômage _____
Montant journalier de
l'allocation de chômage dans le
mois de référence _____
Nombre d'allocations /
semaine _____
Compensation du licenciement ☐ Oui / ☐ Non _____
Date de début RCC¹ _____

PERSONNE DE CONTACT SERVICE DE CHOMAGE

Prénom _____
Nom _____
E-mail _____
Numéro de tél _____
Rue _____ N°/Boîte _____
Code postal _____ Commune _____
Pays _____

¹ En tenant compte avec la période couvert par la compensation du licenciement.

IMPORTANT! A joindre une photocopie du formulaire C1 .

Le service de chômage déclare que l'intéressé est inscrit comme chômeur avec RCC

Cachet du service de chômage

Fait à _____ le _____
Pour le service de chômage,
Le préposé,

Signature,
