CENTRE PUBLIC D'AIDE SOCIALE

CERTIFICAT POUR L'INTERVENTION FINANCIÈRE DU CPAS DANS LE CADRE DU PLAN ACTIVA

A compléter et à introduire mensuellement par l'employeur auprès du CPAS

DONNEES CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Nom.....

Adresse.....
.....

N° ONSS .....

DONNEES CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale) : ◡◡◡◡◡◡ ◡◡◡ ◡◡

Nom et prénom.....

Adresse.....
.....

DONNEES RELATIVES AU MOIS

Le travailleur était à mon service, dans le cadre du plan Activa, durant le **mois calendrier** de ....(mois)..... (année).

☐ Il s'agit d'une occupation **à temps plein**. L'intervention financière maximale s'élève à € 500/mois.

Le montant de la rémunération nette pour le mois considéré est :
☐ au moins égal à € 500
→ le CPAS paie une intervention financière de € 500

☐ inférieur à € 500, à savoir : € .....
→ le CPAS paie une intervention financière égale au montant inférieur mentionné par l'employeur

☐ Il s'agit d'une occupation **à temps partiel** (au moins à mi-temps) avec la fraction d'occupation Q/S avec :
Q = durée hebdomadaire moyenne de travail du travailleur, repos compensatoire rémunéré suite à la réduction du temps de travail inclus;
S = durée hebdomadaire moyenne de travail d'un travailleur à temps plein, repos compensatoire rémunéré suite à la réduction du temps de travail inclus.

L'intervention financière proportionnelle maximale du CPAS s'élève à € 500 x Q/S = € .....

Le montant de la rémunération nette pour le mois considéré est :
☐ au moins égal à l'intervention financière proportionnelle maximale du CPAS
→ le CPAS paie une intervention financière égale à ce montant

☐ inférieur à 'intervention financière proportionnelle maximale du CPAS, à savoir : € .....
→ le CPAS paie une intervention financière égale au montant inférieur mentionné par l'employeur

Le travailleur était-il en incapacité de travail au cours de ce mois suite à un accident de travail ?
☐ oui ☐ non. Si oui, je m'engage à rembourser une partie de l'intervention financière reçue du CPAS.
Je remplis un document CPAS – 78.ACCIDENT DE TRAVAIL et je l'envoie au CPAS compétent.
Vous pouvez vous procurer de ce document auprès du CPAS.

J'AFFIRME SUR L'HONNEUR QUE LA PRÉSENTE DÉCLARATION EST SINCÈRE ET COMPLÈTE.

date

signature de l'employeur
nom et fonction

cachet de l'employeur