

PROGRAMMES DE TRANSITION PROFESSIONNELLE - PLAN ACTIVA – OCCUPATION SINE

REMBOURSEMENT APRÈS UN ACCIDENT DE TRAVAIL

INFO

Vous devez compléter ce formulaire uniquement si votre travailleur a été victime d'un accident de travail et que vous avez reçu de l'organisme assureur un remboursement du salaire versé pendant la période d'incapacité.

Dans ce cas, vous devez également rembourser une partie de l'intervention financière payée par le centre public d'aide sociale (CPAS). Ce montant que vous devez rembourser est calculé de cette manière : $\frac{A \times B \times C}{D}$

avec

A = 0,9

B = l'intervention financière du CPAS, perçue pour le mois considéré sur base du formulaire CPAS – 78.PTP, CPAS – 78.ACTIVA ou CPAS - 78.SINE (= montant du salaire net limité à l'intervention financière maximale)

C = montant du salaire imposable pour la période d'incapacité

D = montant du salaire imposable complet au cours du mois considéré (pour la période d'incapacité + période de travail éventuelle).

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

(à compléter en majuscules)

Par entreprise, on entend l'unité technique d'exploitation définie dans la loi du 20 septembre 1948 portant organisation de l'économie de l'entreprise.

Nom de l'entreprise.....

Adresse de l'entreprise.....

N° ONSS.....

N° ONSS-APL.....

IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

Nom

NISS

Vous trouvez votre NISS, votre numéro d'identification à la Sécurité sociale, dans le coin supérieur droit de votre carte d'identité sociale (carte SIS). Les six premiers chiffres sont en principe ceux de votre date de naissance (année, mois, jour).

Adresse.....

DONNÉES RELATIVES A L'ACCIDENT DE TRAVAIL

Je déclare par la présente que le travailleur qui travaille à mon service dans le cadre d'un programme de transition professionnelle, le plan Activa ou le SINE a été victime d'un accident de travail dans le courant du mois calendaire de(mois/année).

L'organisme assureur m'a remboursé le montant du salaire garanti et je rembourse à présent une partie de l'intervention financière que le CPAS a payée pour le mois considéré.

CALCUL DU MONTANT A RÉCUPÉRER

Le montant est calculé sur base de la formule mentionnée dans la rubrique INFO.

Calcul* :

période d'incapacité concernée par le remboursement :

* 1° mois d'incapacité : du au
 $0,9 \times \text{€} \dots \times \text{€} \dots = \text{€} \dots$
€

* 2° mois d'incapacité : du au
 $0,9 \times \text{€} \dots \times \text{€} \dots = \text{€} \dots$
€

TOTAL = €

Je verse le total ci-dessus sur le numéro de compte

(informez-vous par téléphone) du CPAS de avec mention "accident de travail" + NISS du travailleur.

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Je déclare sur l'honneur que les renseignements mentionnés ci-dessus sont exacts.

Date

Cachet

Nom et fonction