



## Collaboration CPAS-ONEM-OP pour éviter des avances CPAS

Base légale : articles 60, §§2, 5 et 61 de la loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'action sociale

### Partie I : Demande d'informations à compléter par le CPAS et à envoyer via e-mail/fax

Personne de contact du CPAS demandeur : .....

Adresse complète du CPAS .....

e-mail : .....

Numéro de téléphone / Numéro de fax : .....

J'affirme sur l'honneur que M./Mme .....

(Nom et prénom)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (NISS) donne mandat au CPAS pour demander les données concernant son dossier chômage à l'organisme de paiement et/ou à l'ONEM, pour sa demande d'allocations à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature du représentant du CPAS

### Partie II : Réponse de l'organisme de paiement (OP)

*L'OP s'engage à répondre dans les plus brefs délais au CPAS*

Une demande d'allocations à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a été introduite et le paiement sera effectué aux environs du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
L'intéressé percevra un montant journalier brut de ..... EUR.

Une demande d'allocations à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a été introduite, mais il n'y a pas encore d'autorisation de paiement :

car nous n'avons pas encore reçu l'autorisation de paiement de l'ONEM

car le chômeur doit se présenter chez nous pour compléter son dossier. Les pièces manquantes sont :

.....  
.....

pour un autre motif : .....

L'intéressé ne peut être indemnisé suite à une sanction ou une décision négative à partir du

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

pour une durée indéterminée

pour une durée déterminée jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ inclus (sous réserve de prolongation en raison de maladie)

jusqu'au moment de présentation de l'intéressé auprès du bureau du chômage (art. 70)

L'intéressé ne peut être indemnisé, vu qu'il ne présente pas de preuve d'inscription comme demandeur d'emploi auprès du Forem / Actiris / VDAB / ADG.

Autre : .....

.....

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature du représentant de l'OP

N° registre national (NISS) du chômeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Partie III : Réponse du bureau du chômage (BC)

*Si le CPAS a introduit une demande complète avant 15h, le BC donne une réponse le jour-même au CPAS*

Personne de contact du BC : .....

Numéro de téléphone : .....

Numéro de fax : .....

e-mail : .....

- Aucune demande d'allocations n'a été introduite à ce jour auprès du bureau du chômage.
- Une demande d'allocations à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a été introduite le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - une autorisation de paiement a été transmise à l'organisme de paiement le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
L'intéressé percevra un montant journalier brut de .....EUR.
  - il n'y a pas encore d'autorisation de paiement
    - car le chômeur doit se présenter auprès de son organisme de paiement afin de compléter son dossier.  
Les pièces manquantes sont: .....
    - pour un autre motif: .....
- L'intéressé ne peut être indemnisé suite à une sanction ou une décision négative à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - pour une durée indéterminée
  - pour une durée déterminée jusqu'au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ inclus (sous réserve de prolongation en raison de maladie)
  - jusqu'au moment de présentation de l'intéressé auprès du bureau du chômage (art. 70)
- Autre : .....

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature du représentant du BC

### Partie IV : Feedback du CPAS à l'ONEM et à l'OP

*Le CPAS s'engage à donner du feedback pour le dernier jour du mois auquel a trait cette demande d'informations*

**Veillez compléter cette rubrique et renvoyer ce formulaire par e-mail/fax au BC et à l'OP**

- Les avances sur allocations de chômage ont été évités, étant donné que l'intéressé perçoit ou va percevoir des allocations de chômage.
- Des avances sur allocations de chômage ont été payées en attendant la régularisation du dossier chômage de l'intéressé.<sup>1</sup>
- Autre : .....

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature du représentant du CPAS

<sup>1</sup> Cette procédure ne remplace **pas** la procédure de subrogation.  
Version 15.06.2021