

OFFICE NATIONAL DE L'EMPLOI
C4 - REGIME DE CHOMAGE AVEC COMPLEMENT D'ENTREPRISE
CERTIFICAT DE CHOMAGE - CERTIFICAT DE TRAVAIL

Cachet dateur OP

cachet dateur BC

Les données sont traitées et conservées dans des fichiers informatiques. Vous trouverez de l'information concernant la protection de ces données dans la brochure de l'ONEM relative à la protection de la vie privée. Vous trouverez plus d'explications sur la manière de compléter la rubrique I dans les feuilles info sur www.onem.be et dans les instructions DMFA (voir www.securitesociale.be). Vous pouvez remplacer ce formulaire par une déclaration électronique (voir www.securitesociale.be).

RUBRIQUE I - A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

TRAVAILLEUR: _____ / _____ - _____
 NISS (voir la carte d'identité) NOM et prénom

EMPLOYEUR: _____
 Nom ou raison sociale catégorie employeur numéro d'entreprise ⁽¹⁾

 commission paritaire [] numéro ONSS ⁽¹⁾

Adresse _____

PARTIE A - DONNEES CONCERNANT L'OCCUPATION

Date de début de l'occupation ⁽²⁾: ____ / ____ / ____ **Date d'entrée en service :** ____ / ____ / ____

Date de fin de l'occupation : ____ / ____ / ____ **Code travailleur ⁽³⁾:** _____

Statut ⁽⁴⁾: ____

Mesure de promotion de l'emploi ⁽⁵⁾: ____

Les cotisations ONSS, secteur chômage, ont été prélevées sur le salaire n'ont pas été prélevées sur le salaire et ne seront pas versées
 n'ont pas été retenues sur le salaire, mais seront versées si l'agent statutaire satisfait à une des conditions visées à l'art. 9 de la loi du 20.07.1991
 par le Ministère de la Défense nationale sous les conditions de l'art. 15 de la loi du 06.02.2003

Q ⁽⁶⁾ = [] [] , [] []
durée hebdomadaire moyenne de travail du travailleur, y compris le repos compensatoire rémunéré dans le cadre d'une réduction de la durée du travail

S ⁽⁶⁾ = [] [] , [] []
durée hebdomadaire moyenne de travail du travailleur à temps plein, y compris le repos compensatoire rémunéré dans le cadre d'une réduction de la durée du travail

- **Salaire brut moyen théorique ⁽⁷⁾** _____ EUR
 par heure par semaine par cycle de _____
 par mois par trimestre ⁽⁸⁾
 par jour (forfaitaire semaine 6 jours) par année ⁽⁹⁾

- **Salaire brut exact** _____ EUR ⁽¹⁰⁾ pour le trimestre ____ / ____
 _____ EUR ⁽¹⁰⁾ pour le trimestre ____ / ____

- Nombre de jours ou d'heures de **vacances** rémunérés légaux (y compris les vacances supplémentaires art. 17bis loi 28.06.1971) pendant cette occupation et depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours : travailleur à temps plein : ____ , ____ jours de vacances (régime 6 jours) ⁽¹¹⁾
 travailleur à temps partiel : ____ , ____ heures de vacances

- A compléter uniquement pour un travailleur occupé auprès des **pouvoirs publics : régime de vacances ⁽¹²⁾** : secteur public secteur privé
- Le travailleur a-t-il éventuellement droit au paiement d'un **jour férié légal** ou d'un **jour de remplacement** d'un jour férié situé après la fin du contrat de travail ?
 NON OUI: ____ / ____ / ____ ; ____ / ____ / ____ ; ____ / ____ / ____ ; ____ / ____ / ____ ⁽¹³⁾
- Le travailleur a-t-il, suite à du **repos compensatoire** (rémunéré ou non) ou suite à des **heures supplémentaires** à la fin du contrat de travail ou à la fin de la période couverte par l'indemnité de congé, encore droit à un salaire ? : NON OUI, pour _____ jour(s) (indiquez le nombre de jours)

(1) Vous complétez soit le numéro d'entreprise, soit le numéro ONSS.
 (2) Il s'agit de la date de début de la période à laquelle les données communiquées se rapportent. C'est, comme dans la DMFA, la date de début de la période la plus récente d'occupations consécutives avec les mêmes caractéristiques. Des formulaires C4 supplémentaires pour des périodes d'occupation antérieures sont délivrés, si cela n'a pas encore été fait.
 (3) Donnée de la DMFA (p.ex. 015 pour ouvrier, 495 pour employé, 046 pour artiste, ...). L'employeur doit lui-même sélectionner cette donnée dans la liste ONSS (voir www.securitesociale.be). Si vous ne savez pas quel code travailleur est d'application, prenez contact avec la personne qui est responsable de la déclaration trimestrielle ONSS dans votre entreprise ou organisme.
 (4) A compléter seulement avec la lettre D pour un travailleur à domicile (art. 3, 4^e AR 28.11.1969).
 (5) Mentionnez le code 2 pour un poste de travail reconnu ou SINE, le code 4 pour une occupation comme TCT et le code 21 pour une occupation FBI auprès d'une autorité locale.
 (6) Les minutes sont exprimées en décimales en les divisant par 60, par ex. 7h40 min. devient 7,66.
 (7) Ce salaire comprend tous les montants ou avantages pour lesquels des cotisations de sécurité sociale sont retenues, à l'exclusion du pécule de vacances, de la prime de fin d'année et de la rémunération pour des heures supplémentaires prévues à l'article 29 de la loi sur le travail du 16.3.1971. Vous indiquez le salaire pour le régime de travail (Q/S) du travailleur. Mentionnez, pour les ouvriers, le salaire à 100% et non à 108%. En cas de rémunération variable, indiquez la rémunération moyenne du cycle complet de travail. Les rémunérations horaires peuvent être mentionnées en centième de cent p. ex. 8,7875 EUR par heure.
 (8) Pour les travailleurs qui sont rémunérés à la tâche ou à la pièce, vous mentionnez le salaire pour le trimestre précédant celui au cours duquel le travailleur devient chômeur.
 (9) Pour les travailleurs qui sont rémunérés entièrement ou partiellement à la commission, vous mentionnez le salaire pour les 4 trimestres précédant celui au cours duquel le travailleur devient chômeur. Pour les travailleurs rémunérés par les pouvoirs publics, vous mentionnez la rémunération brute annuelle indexée, y compris l'indemnité de foyer- et de résidence
 (10) Vous devez compléter ce champ uniquement pour les trimestres ONSS non encore déclarés ou non encore acceptés à partir de 04.2023. Il correspond au montant total des rémunérations pour le trimestre.
 (11) Pour les travailleurs à temps plein, vous mentionnez le nombre de jours de vacances converti en régime 6 jours en multipliant par 6 le nombre de jours pris et en divisant par le nombre de jours par semaine du régime de travail (arrondissez à l'unité complète ou à la demi-unité la plus proche, p. ex. 2,4 est arrondi à 2,5 et 4,2 à 4). Mentionnez des heures pour les travailleurs à temps partiel.
 (12) Quand le service public applique le régime du secteur privé, cochez la case 'secteur privé'.
 (13) Complétez cette rubrique dans tous les cas. Si un jour férié légal (ou un jour de remplacement d'un jour férié) se situe dans la période suivant la fin du contrat de travail, cochez « oui » et indiquez les jours pour lesquels vous devez payer une rémunération si le travailleur ne reprend pas le travail. Dans le cas contraire, cochez « non ».

PARTIE B - DECLARATIONS TRIMESTRIELLES ONSS NON ENCORE DECLAREES OU ACCEPTEES

Vous cochez dans cette rubrique:

- s'il y a eu oui ou non des interruptions(*) dans des trimestres ONSS non encore déclarés ou non encore acceptés.

Si oui, joignez une ANNEXE-C4-CERTIFICAT DE TRAVAIL. La preuve de l'acceptation de la déclaration DMFA-via le web est apportée par l'accusé de réception électronique. La preuve du transfert de données électroniques est apportée par la notification positive.

- si les prestations du travailleur à temps partiel dans des trimestres ONSS non encore déclarés ou non encore acceptés correspondent, ou pas, au facteur Q mentionné au recto de ce formulaire, par exemple à la suite d'heures supplémentaires ou complémentaires pour lesquelles aucun repos compensatoire n'a été accordé.

Si le travailleur a presté en moyenne plus d'heures que le facteur Q, joignez alors une ANNEXE-C4-CERTIFICAT DE TRAVAIL.

Date de début trimestre Date de fin trimestre

Du ____/____/____ au ____/____/____	interruption (*) :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
	heures à temps partiel ≠ Q/S :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Du ____/____/____ au ____/____/____	interruption (*) :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
	heures à temps partiel ≠ Q/S :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

Joignez une "ANNEXE-C4-CERTIFICAT DE TRAVAIL", si pour 1 ou plusieurs trimestres ONSS ou ONSSAPL vous avez coché la case "oui".

(*) **Constituent une interruption:** l'incapacité de travail non couverte par un quelconque salaire, les périodes de protection de maternité, de congé de paternité ou d'adoption, chômage temporaire, suspension employés pour manque de travail, vacances jeunes et vacances seniors, interruption de carrière ou crédit-temps, les périodes de reprise partielle de travail après maladie, le congé sans solde ou d'autres absences non rémunérées après les 10 premiers jours par année calendrier (les jours de congé sans solde ou d'absences non rémunérées concernent les codes 22, 24, 25, 26 et 30 de la déclaration DMFA. Les jours de grève ou lock-out et les jours d'absence non rémunérés pour suivre des cours dans le cadre de la "promotion sociale" ou pour exercer une charge de juge ou de conseiller aux affaires sociales ne constituent pas une interruption et ne sont donc pas pris en compte pour le calcul des 10 jours par année calendrier.

PARTIE C - DONNEES CONCERNANT LA MANIERE DONT L'OCCUPATION A PRIS FIN (lisez la feuille info E14 – voir www.onem.be → documentation)

Le contrat de travail a été terminé (cochez plusieurs cases si nécessaire):

- par préavis par l'employeur, qui a été
 - envoyé par lettre recommandée le ____/____/____
 - notifié par exploit d'huissier le ____/____/____
- par rupture par l'employeur le ____/____/____

Remarques:

PARTIE D - DONNEES CONCERNANT L'INDEMNITE PAYEE EN RAISON DE LA FIN DE L'OCCUPATION

(lisez la feuille info E14 – voir www.onem.be → documentation)

L'indemnité / les indemnités suivante(s) a / ont été payée(s) (cochez plusieurs cases si nécessaire) :

- Le salaire normal pendant le délai de préavis**
 - Ce délai couvre la période du ____/____/____ au ____/____/____ inclus.
Pour déterminer le délai de préavis, il a été tenu compte d'une ancienneté à partir du ____/____/____
 - Le travailleur a de l'ancienneté qui se situe partiellement avant 2014 (ne pas compléter dans certains cas – lisez la feuille info E14) :
Le délai de préavis est calculé en additionnant a et b:
 - L'ancienneté à partir du ____/____/____ jusqu'au 31.12.2013 inclus donne droit à un délai de préavis de jours/mois ⁽¹⁾
 - L'ancienneté à partir du 01.01.2014 jusqu'au ____/____/____ inclus donne droit à un délai de préavis de semaines.
 - Ce délai a été suspendu et donc prolongé jusqu'au ____/____/____ inclus
Motif: vacances incapacité de travail chômage temporaire autre:
 - Ce délai n'a pas été suspendu
 - Pendant le délai de préavis, le travailleur a été dispensé entièrement ou partiellement des prestations.
 - NON OUI, le premier jour de dispense de prestations pendant le délai de préavis était le ____/____/____
 - Le salarié a été employé dans le cadre d'un régime de transition pendant la période de préavis.
 - NON OUI, du ____/____/____ au ____/____/____ inclus.
- Une indemnité de congé**
 - Cette indemnité ⁽²⁾ couvre la période (sans tenir compte d'une éventuelle réduction visée à la deuxième case), du ____/____/____ au ____/____/____ inclus (= période X1)
Pour déterminer l'indemnité de congé, il a été tenu compte d'une ancienneté à partir du ____/____/____
 - Le travailleur a de l'ancienneté qui se situe partiellement avant 2014 (ne pas compléter dans certains cas – lisez la feuille info E14) :
La période couverte par l'indemnité de congé ordinaire (= sans tenir compte de l'indemnité de reclassement) est calculée en additionnant a et b:
 - L'ancienneté à partir du ____/____/____ jusqu'au 31.12.2013 inclus donne droit à une indemnité de congé de jours/mois ⁽¹⁾
 - L'ancienneté à partir du 01.01.2014 jusqu'au ____/____/____ inclus donne droit à une indemnité de congé de semaines

(1) Biffez la mention inutile
(2) Indiquez ici la période de l'indemnité de préavis, sans tenir compte de l'indemnité de reclassement.

- B. La période couverte par l'indemnité de congé a été réduite de 4 semaines / jours en raison d'un outplacement au sens du chapitre V, section 1 de la loi du 05.09.2001 (concerne la période couverte par l'indemnité de congé ordinaire (avec un délai de préavis éventuellement presté partiellement) d'au moins 30 semaines. (= période Y)
- C. Le contrat de travail a été rompu pendant une période d'inaptitude au travail suite à de la maladie ou un accident prenant cours après la notification d'un délai de préavis :
La période couverte par l'indemnité de congé a été réduite des jours de salaire garanti payé à partir du début de la période d'inaptitude au travail suite à de la maladie ou un accident en cours, à savoir jours calendriers. (= période Z)
- D. Une indemnité de reclassement a été payée :
Le contrat a pris fin dans le cadre d'un licenciement collectif annoncé le ____ / ____ / _____
Période couverte par l'indemnité de congé, en tenant compte de l'indemnité de reclassement :
Du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____ inclus. (= période X2)
Montant de l'indemnité de reclassement : EUR ⁽¹⁾
Montant de l'indemnité de congé : EUR ⁽¹⁾
- E. La période couverte par l'indemnité de congé (voir période X1, ou X2 s'il s'agit d'une plus longue période) a été réduite à la suite de l'application de la deuxième (voir période Y) ⁽²⁾ et/ou de la troisième (voir période Z) case du point 2.
Cette indemnité de congé réduite couvre la période du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____ inclus.

3. A. une autre indemnité payée en raison de la fin du contrat de travail (autre que le délai de préavis ou indemnité de congé ordinaire), plus précisément:
 une indemnité d'éviction
 une indemnité dans le cadre d'une clause de non-concurrence
 une indemnité octroyée alors que le travailleur a abandonné l'emploi ou a mis fin au contrat en commun accord avec l'employeur.
Ceci ne concerne pas la situation d'un licenciement par l'employeur, après concertation des travailleurs, dans le cadre d'un plan social en cas de restructuration.

B. Cette indemnité

- couvre une période, à savoir du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____ inclus.
 est payée sous forme d'une somme
Montant : EUR (à l'exclusion d'un pécule de vacances ou d'une prime de fin d'année éventuelle).

4. Le préavis ou la période couverte par l'indemnité de congé a été réduit ⁽³⁾ à semaines, en commun accord signé le ____ / ____ / _____
Remarques:

PARTIE E - DONNEES RELATIVES AU REGIME DE CHOMAGE AVEC COMPLEMENT D'ENTREPRISE

REGIME D'APPLICATION

Le licenciement a lieu dans le cadre du:

- régime à partir de 62 ans (CCT n° 17)
 régime à partir de 58/59/60 ans moyennant 40 ans de passé professionnel (CCT CNT)
 régime à partir de 58/59/60 ans moyennant 33 ans de passé professionnel (CCT sectorielle)
 régime à partir de 58/59/60 ans moyennant 35 ans de passé professionnel (uniquement si métier lourd) (CCT sectorielle ou d'entreprise)
 régime à partir de 58 ans moyennant 35 ans de passé professionnel (uniquement si problèmes physiques graves ou personne handicapée) (CCT CNT)
 un régime prévu dans le secteur du transport urbain et régional (TEC, STIB, De Lijn) (58 ans moyennant 25 ans de passé professionnel ou 55 ans moyennant 38 ans de passé professionnel)
 une reconnaissance comme entreprise en difficultés ou en restructuration par décision du ____ / ____ / _____ pour la période du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____ inclus (joignez toujours une copie de la décision de reconnaissance).
L'entreprise a procédé à un licenciement collectif NON OUI, annoncé ⁽⁴⁾ le ____ / ____ / _____
 un accord collectif approuvé le ____ / ____ / _____ (joignez toujours une copie de l'accord collectif)

CCT APPLICABLE

Complétez ce qui suit uniquement si vous vous basez sur une CCT sectorielle ou d'entreprise

- la CCT sectorielle a été enregistrée sous le numéro _____
Si vous ne connaissez pas le numéro d'enregistrement, complétez alors les données suivantes et joignez une copie de la CCT.
La CCT a été déposée au greffe du service des Relations collectives de travail en date du ____ / ____ / _____ pour la période du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____ inclus.
- la CCT d'entreprise a été enregistrée sous le numéro _____ (si vous connaissez le numéro)
La CCT a été déposée au greffe du service des Relations collectives de travail en date du ____ / ____ / _____ pour la période du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____ inclus. (joignez toujours une copie de la CCT)

Remarques:

(1) Complétez ces montants uniquement en cas de licenciement collectif annoncé avant le 01.01.2023

(2) la période X2 ne peut pas être raccourcie avec la période y

(3) Réduction en application de l'art. 12 ou 12sexies § 3 de l'AR du 07.12.1992 ou de l'art. 18 § 3 de l'AR du 03.05.2007.

(4) Annonce = communication aux représentants des travailleurs de l'intention de procéder à un licenciement collectif en application de l'art. 6 de la CCT n°24 du 02.10.1975.

PARTIE F - DONNEES RELATIVES AU REMPLACEMENT

En cas de non-remplacement illégal ou de remplacement non valable, l'employeur s'expose à une amende administrative et le paiement d'une indemnité compensatoire forfaitaire peut être exigé (art. 6 AR 07.12.1992 - art. 11 AR 03.05.2007). Des sanctions pénales peuvent aussi être imposées (article 132 de la loi du 1er août 1985 portant des dispositions sociales).

- JE SUIS DISPENSE DE L'OBLIGATION DE REMPLACEMENT
 - étant donné que le travailleur licencié est âgé d'au moins 62 ans à la fin du contrat de travail
 - en tant qu'entreprise reconnue en difficultés ou en restructuration par le ministre de l'Emploi.

- JE SUIS DISPENSE DE L'OBLIGATION DE REMPLACEMENT PAR UNE DECISION DU DIRECTEUR DU BUREAU DU CHOMAGE DE

Cette dispense peut être accordée, si l'employeur peut prouver de manière objective qu'il ne trouve pas de remplaçant parmi les possibles remplaçants légalement prévus. Pour les explications et la procédure: contactez le bureau du chômage (art. 4, §2, 1° alinéa premier AR 07.12.1992 – art. 9, §1 AR 03.05.2007).

- JE SUIS DISPENSE DE L'OBLIGATION DE REMPLACEMENT PAR UNE DECISION DU MINISTRE DE L'EMPLOI DU ____ / ____ / _____
(joignez toujours la décision du ministre)

Cette dispense peut être accordée aux entreprises connaissant une diminution structurelle du personnel et lorsque la dispense de l'obligation de remplacement peut éviter le licenciement d'autres travailleurs (art. 4, §2, 3° alinéa 3 AR 07.12.1992 – art. 9, §2 AR 03.05.2007).

Remarques :

- JE NE SUIS PAS DISPENSE DE L'OBLIGATION DE REMPLACEMENT

- LE(S) REMPLACANT(S) EST (SONT) DEJA CONNU(S)

- 1. _____ *NISS (voir la carte d'identité)* _____ *Nom et prénom*
- 2. _____ *NISS (voir la carte d'identité)* _____ *Nom et prénom*
- 3. _____ *NISS (voir la carte d'identité)* _____ *Nom et prénom*

- L'IDENTITE DU (DES) REMPLACANT(S) SERA COMMUNIQUEE PLUS TARD *(le(s) remplaçant(s) doit(vent) entrer en service au plus tard le premier jour du troisième mois qui suit le mois au cours duquel le régime de chômage avec complément d'entreprise prend cours).*

Remarques :

PARTIE G - DONNEES RELATIVES AU DEBITEUR DU COMPLEMENT D'ENTREPRISE

Je paie la totalité du complément d'entreprise

- OUI
- NON *(complétez le reste de la partie G)*

Je paie une partie du complément d'entreprise

- OUI
- NON Je mentionne l'identité du (de l'autre) débiteur.

Nom :

Adresse :

N° d'entreprise _____

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration RUBRIQUE I est sincère et complète.

Date ____ / ____ / _____

nom et signature de l'employeur ou de son délégué

RUBRIQUE II - A COMPLETER PAR LE TRAVAILLEUR

Étiez-vous occupé dans le transport urbain et régional (commission paritaire 328)?

- OUI **Passez à la question 2**
- NON **Passez à la question 1**

1. Votre employeur a-t-il créé une cellule pour l'emploi?

Renseignez-vous auprès de votre organisme de paiement

- OUI. Êtes-vous resté inscrit pendant 6 mois dans la cellule pour l'emploi (périodes d'occupation comptent comme périodes d'inscription)?

OUI **Passez à la question 2** Joignez une attestation de la cellule pour l'emploi.

NON Raison de la non inscription :

Je demande le statut de chômeur avec complément d'entreprise sur la base de la reconnaissance de mon entreprise

- OUI => **Vous ne répondez pas aux conditions pour obtenir le statut de chômeur avec complément d'entreprise**

Passez à la question 2

NON

NON

2. Je demande des allocations de chômage avec complément d'entreprise à partir du ____ / ____ / _____

- l'indemnité en compensation du licenciement le ____ / ____ / _____** Uniquement pour les ouvriers (et certains employés) qui satisfont à certaines conditions spécifiques (voir feuille info T145 sur www.onem.be).

Indiquez le jour ouvrable qui suit la période couverte par une rémunération ou une indemnité de congé et joignez si nécessaire un formulaire C1.

Cochez obligatoirement la fréquence de paiement souhaitée (votre choix est irrévocable et définitif):

- Je souhaite un paiement unique
- Je souhaite un paiement par tranches mensuelles

Si vous n'avez pas encore sollicité d'allocations de chômage entre la date à laquelle vous êtes devenu chômeur et ce jour, mentionnez-en le motif ci-dessous:

Je joins les annexes suivantes (demandez des explications à votre organisme de paiement)

- C17-PASSE PROFESSIONNEL C17-PASSE PROFESSIONNEL-REPONSE
- C17-PASSE PROFESSIONNEL-CCT17 C17-PASSE PROFESSIONNEL-CCT17-REPONSE
- C17-OP-30.11.2018 C17-DAB-DB-OP-REPONSE
- C17-OP-01.12.2018
- autres:

Après la période couverte par votre indemnité de rupture ou par votre délai de préavis, présentez-vous immédiatement auprès de votre organisme de paiement (syndicat ou Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage CAPAC) avec ce FORMULAIRE C4-RCC, si nécessaire le FORMULAIRE C17 et les annexes que vous avez reçues de votre employeur.

Si vous recevez une indemnité en raison de la fin de votre contrat de travail (telle que indemnité de congé, indemnité en compensation du licenciement ou une autre indemnité visée au point 3 de la partie D), vous devez vous inscrire immédiatement après la rupture comme demandeur d'emploi auprès du service régional de l'emploi compétent pour votre domicile. Prenez connaissance de la feuille-info T74 disponible auprès de votre organisme de paiement ou sur le site internet www.onem.be**3. Je demande la dispense de disponibilité adaptée dans le cadre du RCC dans le régime à partir de 58 ans moyennant 35 ans de passé professionnel pour les travailleurs moins valides ou ayant des problèmes physiques graves.****J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration RUBRIQUE II est sincère et complète**

Date ____ / ____ / _____

nom et signature du travailleur