



Déclaration relative à l'indemnisation en chômage temporaire pour force majeure médicale dans le cadre d'un trajet de réintégration

Pourquoi ce formulaire ?

Lorsque vous êtes considéré comme apte au travail sur le marché général du travail par le médecin conseil de la mutuelle mais que vous êtes encore inapte à exercer votre fonction actuelle chez votre employeur et qu'une demande de trajet de réintégration a été introduite ou qu'un trajet de réintégration est en cours, vous pouvez, sous certaines conditions et dans certains cas, avoir droit aux allocations de chômage temporaire.

A cet égard, vous devez communiquer certaines informations à l'ONEM au moyen de ce formulaire et vous engager à communiquer immédiatement à l'ONEM ou à votre organisme de paiement toute nouvelle information relative à la suite réservée à votre trajet de réintégration (notamment votre acceptation ou refus du plan de réintégration, le non établissement d'un plan par l'employeur, toute nouvelle évaluation de la situation par le conseiller en prévention-médecin du travail, le démarrage d'un nouveau trajet de réintégration et l'arrêt de votre trajet de réintégration...).

Avez-vous besoin d'informations complémentaires ?

Si vous souhaitez plus d'informations :

- contactez votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB);
- lisez les feuilles info concernant le chômage temporaire.

Ces feuilles info sont disponibles auprès de votre organisme de paiement ou du bureau de chômage de l'ONEM ou peuvent être téléchargées du site internet www.onem.be dans la rubrique 'Chômage temporaire'.

Que devez-vous faire de ce formulaire ?

Vous complétez ce FORMULAIRE C27R et le remettez le plus vite possible à votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB).

Et ensuite ?

L'organisme de paiement transmet ce formulaire à l'ONEM avec les autres documents nécessaires à l'introduction de votre demande d'allocations et vous tiendra au courant du traitement de votre demande.



Déclaration relative à l'indemnisation en chômage temporaire pour force majeure médicale dans le cadre d'un trajet de réintégration

Articles I.4-72 à I.4-82 de l'AR du 28.04.2017 établissant le livre Ier – Principes généraux du code du bien-être au travail / articles 73/1 à 73/11 de l'AR du 28.05.2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs

cachet dateur du BC

Mon identité

NOM et Prénom

Votre numéro NISS se trouve au verso de votre carte d'identité

N° registre national (NISS) _____ / _____ - ____

Les données 'téléphone' et 'e-mail' sont facultatives.

Téléphone :

E-mail :

Ma déclaration

Cochez la case applicable à votre situation.

Une demande de trajet de réintégration a été introduite en date du ____ / ____ / _____ auprès du conseiller en prévention-médecin du travail ;

Je joins la preuve de l'introduction de la demande ;
et

Je m'engage à remettre à l'ONEM ou à mon organisme de paiement une copie du formulaire d'évaluation de réintégration avec la décision du conseiller en prévention-médecin du travail **dès que** ce formulaire me sera transmis, et au plus tard, dans les 15 jours calendriers qui suivent la date de sa transmission.

J'introduis une copie du formulaire d'évaluation de réintégration avec la décision du conseiller en prévention-médecin du travail.

Dans le cadre d'un trajet de réintégration, j'ai été déclaré définitivement inapte à reprendre le travail convenu chez mon employeur par le conseiller en prévention-médecin du travail ;

Je joins une copie du formulaire d'évaluation de réintégration.

Je ne suis pas d'accord et j'ai introduit un recours contre cette décision en date du ____ / ____ / _____.

Dès qu'une décision sera prise, je m'engage à communiquer le résultat du recours à l'ONEM ou à mon organisme de paiement

Signature

Vos déclarations sont conservées dans des fichiers informatiques. Vous trouverez de plus amples informations concernant la protection de ces données dans la brochure relative à la protection de la vie privée disponible à l'ONEM. Plus d'infos sur www.onem.be

Je m'engage à communiquer à l'ONEM ou mon organisme de paiement, toute nouvelle information relative à la suite réservée à mon trajet de réintégration (notamment, mon acceptation ou refus du plan de réintégration, le non établissement d'un plan par l'employeur, toute nouvelle évaluation de la situation par le conseiller en prévention du travail, le démarrage d'un nouveau trajet de réintégration et l'arrêt de mon trajet de réintégration). Je m'engage à effectuer cette communication dans les **15 jours calendriers** qui suivent la date à laquelle l'information me sera communiquée.

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

Date : ____ / ____ / _____ Signature