



OFFICE NATIONAL DE L'EMPLOI
DECLARATION D'APTITUDE PHYSIQUE

A COMPLETER PAR L'ORGANISME DE PAIEMENT	
<input type="checkbox"/>	première demande
<input type="checkbox"/>	D.J.I. CC

cachet dateur OP

cachet dateur BC

Vous pouvez remplacer vos données d'identification en collant ci-dessous une vignette d'identification de la mutuelle

TRAVAILLEUR : _____ / _____ - _____
NISS (voir au verso de votre carte d'identité) NOM Prénom

adresse

*Vous complétez vous-même la RUBRIQUE I et vous faites, si nécessaire, compléter la RUBRIQUE II par votre mutuelle.
Vous remettez ensuite ce formulaire à votre organisme de paiement.*

RUBRIQUE I - A COMPLETER PAR LE TRAVAILLEUR

- Je me suis déclaré spontanément apte au travail le ____ / ____ / _____
- J'ai été déclaré apte au travail par les instances médicales compétentes dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, le : ____ / ____ / _____
 - Je suis d'accord avec cette décision d'aptitude
 - Je suis lié par un contrat de travail et j'ai, médicalement, été déclaré **temporairement** inapte à exercer l'emploi convenu.
Un trajet de réintégration a été demandé ou est en cours :
 - Oui et je joins le formulaire C27R
 - Non et je m'engage à introduire un formulaire C27R en cas de demande ultérieure d'un trajet de réintégration
 - Je suis lié par un contrat de travail et j'ai, médicalement, été déclaré **définitivement** inapte à exercer l'emploi convenu. Je joins le formulaire C27R.
 - Je ne suis pas d'accord avec cette décision d'aptitude
 - Je n'introduis pas de recours
 - J'introduis un recours devant le Tribunal du travail de

Comme preuve de mon action en justice, je joins une copie de ma requête
 une attestation du greffe du Tribunal du travail.

Je m'engage à informer immédiatement l'ONEM de toute décision judiciaire qui serait rendue dans cette affaire.
- J'étais en repos de maternité et la date présumée de l'accouchement était le : ____ / ____ / _____
- La décision du directeur du bureau du chômage de non-indemnisation suite à l'inaptitude au travail a été annulée par le tribunal.
J'autorise l'ONEM à procéder au règlement financier visé ci-dessous dans la rubrique II (*dans ce cas, vous faites compléter la rubrique II par votre mutuelle*)

Je demande le bénéfice :

- des allocations de chômage complet à partir du : ____ / ____ / _____
- des allocations de chômage temporaire à partir du : ____ / ____ / _____

Entre le jour où je suis devenu à nouveau apte au travail et la date de ma demande d'allocations, je n'ai pas sollicité le bénéfice des allocations de chômage pour les raisons suivantes :

J'AFFIRME SUR L'HONNEUR QUE CETTE DECLARATION EST SINCERE ET COMPLETE.

Vos déclarations sont traitées et conservées dans des fichiers informatiques. Vous trouverez de plus amples informations concernant la protection de ces données dans la brochure ONEM relative à la protection de la vie privée. Pour info "assurance chômage", voir également www.onem.be.

date

signature du travailleur

RUBRIQUE II - A COMPLETER PAR LE RESPONSABLE DE LA MUTUELLE

Par jugement du Tribunal du travail arrêt de la Cour du Travail de notifié le ____ / ____ / _____
l'intéressé qui avait été considéré comme inapte par le directeur du bureau du chômage à partir du ____ / ____ / _____ et avait contesté cette
décision, a obtenu gain de cause et a donc été reconnu apte au travail à partir du ____ / ____ / _____.

Je demande que l'ONEM verse, à concurrence du montant des allocations de chômage auquel l'intéressé a droit, le montant de EUR,
qu'il a perçu de la mutuelle pour la période du ____ / ____ / _____ au ____ / ____ / _____

Le versement peut être effectué sur le compte

B	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

avec la mention

J'AFFIRME SUR L'HONNEUR QUE CETTE DECLARATION EST SINCERE ET COMPLETE.

date

signature et fonction du responsable

cachet de la mutuelle