

Bilan de Compétences 2018-2020

Formulaire de demande

INFORMATIONS PERSONNELLES¹

Nom :	Genre : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
Prénom :	Date de naissance : __/__/____
Mail :	Gsm/Tel. Privé :
Adresse (+ CP et commune) :	
Domicile : <input type="checkbox"/> BXL - <input type="checkbox"/> RW - <input type="checkbox"/> FL - <input type="checkbox"/> Hors BE	Nationalité: <input type="checkbox"/> BE - <input type="checkbox"/> UE - <input type="checkbox"/> Hors UE
➤ Votre niveau de diplôme le plus élevé	
<input type="checkbox"/> Inférieur au CESI (certificat d'enseignement secondaire inférieur) <input type="checkbox"/> Egal au CESI <input type="checkbox"/> Egal au CESS (certificat d'enseignement secondaire supérieur) <input type="checkbox"/> Supérieur au CESS type court (graduat, régendat, baccalauréat) <input type="checkbox"/> Supérieur au CESS type long (licence, master, doctorat)	
➤ Votre expérience professionnelle	Nombre d'années
Expérience professionnelle totale (quel que soit le secteur et le pays) ans
Ancienneté chez l'employeur actuel ans
➤ Votre statut actuel	
Vous êtes actuellement : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Salarié en préavis <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	
Avez-vous une aptitude au travail réduite ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (exemple : situation de handicap, d'invalidité, de maladie professionnelle...)	
⇒ Si vous êtes actuellement <u>demandeur d'emploi</u> : Indiquez les informations relatives au contrat de travail chez votre ancien employeur relevant d'un des secteurs concerné par le projet : Date début contrat : __/__/____ Date fin contrat : __/__/____	
⇒ Si vous êtes actuellement <u>salarié en période de préavis</u> : Date fin prévue contrat : __/__/____	
⇒ Si vous êtes <u>demandeur d'emploi</u> ou <u>salarié en préavis</u> , êtes-vous concerné par les obligations d'outplacement (reclassement professionnel) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Commentaire :	

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE EMPLOYEUR

Ou de votre ancien employeur, pour les demandeurs d'emploi inoccupés depuis moins d'1 an

➤ De quel Fonds Social relève votre employeur ?	Commission Paritaire	Indice ONSS
<input type="checkbox"/> Hôpitaux privés (HP)	330	025
<input type="checkbox"/> Personnes âgées (MR/MRS)		330 et 311
<input type="checkbox"/> Etablissements et services de santé (ESS)		422, 522, 722 et 735
<input type="checkbox"/> Education et hébergement (319 bico)	319	462
<input type="checkbox"/> Aide sociale et soins de santé (ASSS)	332	222
<input type="checkbox"/> Milieux d'accueil d'enfants (MAE)		022
<input type="checkbox"/> Education et hébergement (ISAJH)	319.02	162
<input type="checkbox"/> Aides Familiales	318.01	611

¹ Les informations demandées permettent de vérifier les conditions d'accès ou de priorité définies par le Fonds social concerné et/ou sont utilisées dans le cadre de l'évaluation globale du dispositif au sein de APEF-FE.BI

N° d'immatriculation ONSS de votre institution :

Cette information peut se trouver sur votre fiche de salaire, sur votre contrat de travail, auprès du service de RH, auprès de votre employeur.

Nom de l'ASBL/ l'institution :

Nom du service :

Adresse (+ CP et commune) :

Votre fonction au sein de l'institution :

Votre régime de travail heures / semaine, soit % d'un temps plein

Date d'entrée en service chez votre employeur : __ / __ / ____

VOTRE CHOIX D'ORGANISME DE BILAN DE COMPETENCES

une brochure de présentation des opérateurs est téléchargeable sur notre site

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 6 Beaufort | <input type="checkbox"/> CIBC Nord | <input type="checkbox"/> EIC Andenne | <input type="checkbox"/> PSDD |
| <input type="checkbox"/> Altitude | <input type="checkbox"/> CPSE | <input type="checkbox"/> Henallux – Fo.R.S | <input type="checkbox"/> Réseau Retravailler (CET) |
| <input type="checkbox"/> CESA | <input type="checkbox"/> CREAFORM | <input type="checkbox"/> Laboratoire d'Ergologie | <input type="checkbox"/> Réseau InterMIRE |
| <input type="checkbox"/> CFIP | <input type="checkbox"/> Daoust | <input type="checkbox"/> OrientationRésulta | |

Localisation choisie (Commune)

MOMENT DU BILAN et SIGNATURE(S)

➤ À quel moment souhaitez-vous réaliser votre bilan de compétences ?

En dehors du temps de travail

Dans ce cas il **ne faut pas l'accord de votre employeur** mais joindre obligatoirement :

- la copie de votre **fiche de salaire** du mois précédent (vérification ONSS)

Cas particuliers :

- si vous êtes en incapacité de travail** : joindre la copie de la fiche de salaire du mois précédent **ou** attestation de l'employeur (statut actuel + date début contrat) **ou** attestation de la mutuelle (avec date début indemnité + nom employeur actuel)
- si vous êtes demandeur d'emploi inoccupé** : joindre la copie de la dernière fiche de salaire + attestation d'inscription à l'ONEm (ou RVA) (+ dates)

Durant le temps de travail

En partie durant le temps de travail et en partie en dehors du temps de travail

Dans ce cas, il faut **l'accord de votre employeur** :

Nom et prénom du
représentant employeur :

Signature représentant
employeur
(+ cachet)

Date :

Merci de signer également au bas du document

Conditions et informations générales

- Le formulaire doit être dûment complété et introduit accompagné de son **annexe confidentielle** et de tout autre document utile (**Toutes les attestations doivent être datées au plus tard, du mois précédent l'introduction de la demande**)
- Les contacts entre le travailleur et le Fonds sont réalisés de préférence via l'adresse e-mail privée du travailleur.
- Une réponse vous est transmise dans les 20 jours suivant la réception de votre demande complète.
- La confidentialité de la demande est assurée tout au long de la démarche.**
- Chaque Fonds Social a défini des conditions d'accès spécifiques qui sont précisées dans la brochure d'information.
- Le dispositif est gratuit pour les travailleurs. En contrepartie, il est demandé aux personnes inscrites de s'engager à suivre l'entièreté du parcours.
- Par ailleurs, la personne s'engage aussi à participer à l'évaluation du dispositif réalisé par les Fonds partenaires, l'APEF asbl et FE.BI asbl. Les données recueillies seront traitées de manière anonyme.

Signature du travailleur (demandeur) :

Date :

Par cette signature, vous attestez :

- Que les informations renseignées sur ce formulaire et l'annexe confidentielle sont sincères et véritables.
- Avoir pris connaissance des conditions et informations générales reprises ci-dessus.