



48, Quai du Commerce - 1000 Bruxelles  
Tel : 02/229.20.23 - Fax : 02/227.59.79  
Mail : [asss@apefasbl.org](mailto:asss@apefasbl.org)  
Site Internet : [www.apefasbl.org](http://www.apefasbl.org)

## DOSSIER DE REMBOURSEMENT 2011 <sup>1</sup>

*Ce dossier concerne :*

### **Embauche compensatoire du personnel en formation sur le bien-être au travail**

Dossier à rentrer pour le 15 janvier 2012 au plus tard

#### **1. COORDONNEES DE L'ORGANISME QUI INTRODUIT LA DEMANDE :**

Nom de l'asbl:		
Nom du service :	Agrément/sous secteur:	
Adresse :		
Tel :	Fax :	Courriel :
Code ONSS :	Compte bancaire (IBAN) :	
Commission paritaire :		
Nombre de travailleurs salariés :	Et en Equivalents Temps Plein :	

#### **2. PERSONNE DE CONTACT :**

Nom :	Prénom :	Téléphone :
Fonction :		Courriel :

<sup>1</sup> Le montant effectivement octroyé au service sera limité au coût réel du remplacement si ce dernier est inférieur au montant maximum justifiable.

### 3. FORMATIONS CONCERNANT LE BIEN-ETRE SUIVIE PAR DES TRAVAILLEURS SALARIES EN 2011

NOM	PRENOM	GENRE	DATE DE NAISSANCE	STATUT <sup>2</sup>	NIVEAU DE DIPLOME OBTENU LE PLUS ELEVE <sup>3</sup>	REGIME DE TRAVAIL <sup>4</sup>	FONCTION	FORMATION SUIVIE <sup>5</sup>	NOMBRE D'HEURES EFFECTIVEMENT SUIVIES
<b>TOTAL</b>									

<sup>2</sup> 1) SA = salarié 2) Ouvrier ou employé

<sup>3</sup> CEB : Certificat d'études de base (études primaires) ; CESI : Certificat d'études secondaires inférieures ; CESDD : certificat d'enseignement secondaire du deuxième degré CESS : Certificat d'études secondaires supérieures ; SUP COURT : Diplôme de l'Enseignement Supérieur de type court ; SUP long : Diplôme de l'Enseignement Supérieur de type long

<sup>4</sup> Régime de travail exprimé en proportion d'un temps plein (exemple : 24h/38h)

<sup>5</sup> Code de la formation dans le catalogue Formapef ou dénomination de la formation

#### 4. MONTANT MAXIMUM JUSTIFIABLE AUPRES DU FONDS<sup>6</sup>

Seulement pour :

- Les travailleurs salariés
- Les formations sur le bien-être qui se déroulent entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2011 (selon les thématiques définies)
- Un remplacement effectué entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 décembre 2011

Volume total d'heures de formation	Montant disponible pour le remplacement
..... heures	..... heures X 24,17€ = .....€

#### 5. MISE EN ŒUVRE DE L'EMBAUCHE COMPENSATOIRE

*Le tableau ci-dessous est destiné à décrire les modalités choisies par le service pour pourvoir à l'embauche compensatoire des personnes en formation.*

L'embauche compensatoire s'est effectuée selon l'une et/ou l'autre des modalités suivantes:

1. extension au contrat de travail d'un travailleur à temps partiel (éventuellement le travailleur en formation)
2. engagement d'un nouveau travailleur

Il faut qu'il y ait affectation du travailleur remplaçant à une fonction similaire aux personnes à remplacer.

Fonctions	Volume horaire de formation	Modalité	Périodes de remplacement <sup>7</sup> Entre le 1er octobre et le 31 décembre 2011	Volume horaire de remplacement <sup>8</sup>	Coût maximum de remplacement <sup>9</sup>	
					Coût horaire	Coût total
1 :		Extension d'horaire du travailleur en formation				
		Extension d'horaire d'un travailleur déjà engagé				
		Engagement d'un nouveau travailleur				
2 :		Extension d'horaire du travailleur en formation				
		Extension d'horaire d'un travailleur déjà engagé				
		Engagement d'un nouveau travailleur				
<b>TOTAL</b>						

<sup>7</sup> Année, mois

<sup>8</sup> Si le volume horaire de remplacement est inférieur ou supérieur au volume horaire de formation veuillez expliciter pourquoi.

<sup>9</sup> Qu'il soit inférieur ou supérieur au montant justifiable auprès du Fonds

## 6. MOTIVATIONS DU CHOIX DU REMPLAÇANT SI LA FONCTION EST DIFFERENTE QUE LE TRAVAILLEUR REMPLACE

--

## 7. ANNEXES À FOURNIR

- ✓ une attestation reprenant les heures de formation effectivement suivies (modèle en annexe)
- ✓ copie des contrats (ou des avenants aux contrats) des travailleurs remplaçants
- ✓ relevé de paie pour le remplacement

## 8. CONCERTATION PARITAIRE

Accord de la DS / DS inter-centres

### Avis syndical à propos du projet

Avis syndical		Date :
NOM et Prénom	NOM et Prénom	NOM et Prénom
Signature	Signature	Signature
<b>Mandat :</b> DS Interne <input type="checkbox"/> - CPPT - <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> DS Inter-Centres <input type="checkbox"/>	<b>Mandat :</b> DS Interne <input type="checkbox"/> - CPPT - <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> DS Inter-Centres <input type="checkbox"/>	<b>Mandat :</b> DS Interne <input type="checkbox"/> - CPPT - <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> DS Inter-Centres <input type="checkbox"/>
<b>Organisation syndicale :</b> CSC/CNE <input type="checkbox"/> SETCa/FGTB <input type="checkbox"/> CGSLB <input type="checkbox"/>	<b>Organisation syndicale :</b> CSC/CNE <input type="checkbox"/> SETCa/FGTB <input type="checkbox"/> CGSLB <input type="checkbox"/>	<b>Organisation syndicale :</b> CSC/CNE <input type="checkbox"/> SETCa/FGTB <input type="checkbox"/> CGSLB <input type="checkbox"/>

**Date, nom, fonction et signature du responsable de l'institution (+ cachet).**