



FONDS MARIBEL SOCIAL « RW-RB-CG »

AIDES FAMILIALES

\*

Square Saintelette 13-15 – 1000 Bruxelles

\*

Tél : 02/229.32.50

Fax : 02/227.69.05

\*

MARIBEL SOCIAL

**ATTESTATION RELATIVE AU TRAVAILLEUR ENGAGE DANS LE CADRE DU  
PLAN MARIBEL SOCIAL A PARTIR DU 01 SEPTEMBRE 2006**

Je soussigné (nom, prénom et fonction)	
Agissant en qualité de représentant ou mandataire de l'employeur	
Dénomination juridique, adresse	
Immatriculé auprès de l'Office National de Sécurité Sociale sous le n°	

1) atteste que

Le travailleur (nom, prénom)	
Dont le n° de registre national est	
Engagé dans le cadre du plan Maribel depuis le	

Ne dépassera pas un coût salarial de **84.004,02 €** (pour un an pour un **Equivalent Temps Plein**) en fin de carrière pour le poste concerné.

2) déclare que le même travailleur, à la date de l'engagement (cocher la mention utile)

Bénéficie d'un financement complémentaire pour le coût salarial du poste concerné	
Ne bénéficie pas d'un financement complémentaire pour le coût salarial du poste concerné	

Certifiée sincère et conforme,

Signature	
Identification en toutes lettres du signataire	
Fait à, le	