**Formulaire de demande de remboursement**

**des allocations complémentaires de chômage**

**(version 2020)**

**Attention : ne soumettre qu'un seul dossier pour la période du 1er mars au 30 juin 2020 (il est donc préférable d'attendre que le montant maximum de 150 € soit atteint)**

A retourner au :

Fonds Social des entreprises de taxis et des services de location de voitures avec chauffeur

Avenue de la Métrologie 8

1130 Bruxelles

Fax: 02/245.80.48

E-mail : [info@taxi-info.be](mailto:info@taxi-info.be)

Nom de l’employeur ou de l’entreprise: ……………………………………………………………………….

Adresse: ………………………………………………………………………………………………………....

Code Postal:………………. Localité :………………………………………………………………………….

L’employeur soussigné déclare sur l’honneur (\*) :

1. que les travailleurs ci-dessous ont été mis au chômage temporaire durant la période du 01/03/2020 jusqu’au 30/06/2020 inclus
2. et que le montant des allocations complémentaires qu’il leur a payé s’élève à € ………..……………..

*(\*) Ceci est une déclaration d’honneur. Le Fonds Social vérifiera les données rétrospectivement sur la base des informations provenant de la sécurité sociale et exigera, le cas échéant, les montants incorrectement déclarés.*

Remboursement sur le compte bancaire de l’employeur : BE

Date : Signature de l’employeur :

**Allocations de chômage complémentaires versées**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du travailleur** | **Prénom du travailleur** | **N° de registre national** | **Montant reçu**  ***(Max 150 €)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du travailleur** | **Prénom du travailleur** | **N° de registre national** | **Montant reçu**  ***(Max 150 €)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL GENERAL** |  |  |  |