

**Demande de remboursement des ALLOCATIONS COMPLEMENTAIRES DE CHOMAGE**

**F1**

*A renvoyer au Fonds Social dans les trois mois suivant la période concernée, sous peine de refus de remboursement.*

AREMPLIR PAR  
L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale de l'employeur .....  
rue ..... n° ..... boîte .....  
code postal ..... localité .....  
n° matricule O.N.S.S. ....  
L'employeur soussigné déclare sur l'honneur que:  
1° l'ouvrier(ère) ci-dessous a été mis en chômage, sur base de l'article 28 quater de la loi sur  
le contrat de travail pour le mois de ...../....., les jours/demi-journées  
indiqué(e)s ci-dessous

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
<b>AM</b>																
<b>PM</b>																
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<b>AM</b>																
<b>PM</b>																

2° le montant des allocations complémentaires payé de ce chef s'élève à ..... €.  
3° le travail hebdomadaire est réparti sur 5 jours/6 jours (biffer la mention inutile)  
*signature de l'employeur précédée de la mention "déclaré sincère et véritable"*  
Remboursement au compte n° ..... / ..... / .....

AREMPLIR PAR  
L'OUVRIER(ERE)

L'ouvrier(ère) soussigné(e)  
Nom, prénoms ..... date de naissance .... / .... / ....  
rue ..... n° ..... boîte .....  
code postal ..... localité .....  
état civil marié(e) / célibataire (biffer la mention inutile)  
Déclare avoir touché de son employeur .....  
l'allocation de chômage complémentaire totale de ..... € pour ..... jour(s) de chômage.  
*signature de l'ouvrier(ère) précédée de la mention "déclaré sincère et véritable"*  
carte de déménageur (numéro) P ..... / ..... / .....

**Réservé au Fonds Social:** remboursé le .... / .... / .....

par : .....