|  |
| --- |
| **FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE POUR LES SALARIÉS DE L’INDUSTRIE ALIMENTAIRE (CP 118/CP118.03)**  *Rue de Birmingham 225 - 1070 Bruxelles*  *Tél. 02/513.13.32 - Fax. 02/732.33.54* |

|  |
| --- |
| Formulaire de demande d’intervention du Fonds social en cas de maladie en raison de COVID-19 pour les salariés de l’industrie alimentaire |

|  |
| --- |
| Je, soussigné(e)  Nom: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽ Prénom: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽  Rue: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽ N°: ˽˽˽ Boîte: ˽˽  Code postal: ˽˽˽˽ Commune: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽  Numéro du registre national: ˽˽ ˽˽ ˽˽ / ˽˽˽ ˽˽ Date de naissance: ˽˽ - ˽˽ - ˽˽˽  Numéro de téléphone: ˽˽ ˽˽ ˽˽ ˽˽ ˽˽ ˽˽ ˽˽ ˽˽ ˽˽  E-mail: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽  Numéro de compte bancaire: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽  Travaille au sein de  L’entreprise: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽  Rue: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽ N°: ˽˽˽ Boîte: ˽˽  Code postal: ˽˽˽˽Commune: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽  Numéro ONSS: ˽˽˽ / ˽˽˽˽˽˽˽ - ˽˽  Régime d’emploi: ˽˽ / ˽˽ (Q/S)  Période pour laquelle l’indemnité complémentaire est demandée:  ˽˽ - ˽˽ - ˽˽˽˽ au ˽˽ - ˽˽ - ˽˽˽˽  Les justificatifs à envoyer:  - Un justificatif médical d’incapacité de travail en raison du Covid-19 pour la durée pour laquelle l’indemnité complémentaire est demandée.  - Une attestation de la mutuelle reprenant la période de maladie indemnisée et le nombre de prestations de maladie indemnisées |

Déclaré sincère et véritable,

Date : ˽˽ - ˽˽ - ˽˽˽˽ Signature :