|  |
| --- |
| **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 :