

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE DE LA BOULANGERIE, PÂTISSERIE  
ET SALONS DE CONSOMMATION ANNEXES**  
**Rue Birmingham 225 - 1070 Anderlecht (Tel. 02/513.13.32 - Fax. 02/732.33.54)**

**Formulaire de demande d'intervention du Fonds social concernant l'indemnité complémentaire en cas de chômage partiel ou accidentel**

**A remplir par l'ouvrier/l'ouvrière**

Le(a) soussigné(e):

Nom et prénom .....

Rue ..... n° ..... bte .....

Code postal ..... Commune .....

N° de registre national .....

N° de compte bancaire.....

Nom de l'employeur .....

N° O.N.S.S. de l'employeur 058 – 158 – 258 .....

Date d'entrée en service : ...../...../.....

sollicite l'indemnité complémentaire de chômage partiel ou accidentel

Date du début du chômage .....

Date de fin du chômage .....

Nombre des journées indemnisées .....

Date ..... (Certifié sincère et exact) .....

Signature .....

**A remplir par l'organisme de paiement (syndicat ou CAPAC)**

Le/La soussigné(e), .....

fondé de pouvoir de l'organisme de paiement dénommé ci-dessous

.....

adresse .....

déclare que la période de chômage partiel ou accidentel du demandeur court  
du ...../...../..... au ...../...../.....

nombre des journées indemnisées durant cette période: ..... jours

Date ..... Signature et fonction. ....

Cachet de l'organisme de paiement