



FONDS COMMUN DE L'ENTRETIEN DU TEXTILE
Brusselsesteenweg 478
1731 Zellik
Tél.: 02/482.37.24
Fax: 02/463.17.61

FORMULAIRE TRIMESTRIEL DE DEMANDE D'ALLOCATIONS DE CHOMAGE - CHOMEURS AGES + 53 ANS

A. Case à remplir par le service chômage

L'organisme payeur des allocations de chômage désigné ci-après, déclare que l'ouvrier (ère):

Nom + prénom:

N° du registre national:

Adresse:

Code postal + commune:

Dernièrement occupé(e) par l'employeur avec n° ONSS: 049/

Nom:

Adresse:

Code postal + commune:

A bénéficié des allocations légales de chômage au

..... trimestre (année)
pourjours (régime 6 jours par semaine)

- Indemnité journée complète
 Indemnité demi-jour
 Indemnité de maladie
(joindre formulaire de la mutuelle svp)

Cachet du service chômage

Date:

Vrai et authentique
Signature et nom du mandataire:

B. Case à remplir par l'organisation syndicale

Les allocations complémentaires de chômage doivent être virées au n° de compte en banque:

CACHET DE L'ORGANISATION SYNDICALE: