Service Social Collectif

Tour du Midi - Esplanade de l'Europe 1 - 1060 Bruxelles
Tél. : 02/612.54.56 – 02/529 39 73 - E-mail : info@ssc.fgov.be

PRIME DE MARIAGE OU DE COHABITATION LÉGALE

Formulaire à remplir en caractères d'imprimerie

Informations complémentaires www.sscgsd.fgov.be

N'oubliez pas de joindre l'acte de mariage ou de cohabitation légale.

A. DÉCLARATION À COMPLÉTER PAR LE TRAVAILLEUR

Nom : ..... Prénom : .....
(Une femme mariée indiquera son nom de jeune fille)

Né.e le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ **N° de Registre National :** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse • rue : ..... N°/boîte : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél / GSM : ..... E-mail : .....

Date de l'événement ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Quel est le nom de ☐ **votre époux.se /** ☐ **cohabitant.e légal.e** et quel était son employeur lors de l'événement ?

Nom : ..... Prénom : ..... Employeur : .....

N° de compte bancaire :

Code IBAN : B E ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Code BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐
(Mentionnez le code BIC s'il s'agit d'un n° de compte étranger)

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Fait à .....

le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature du travailleur

Formulaire à renvoyer endéans les 18 mois de l'événement

B. DÉCLARATION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR DU TRAVAILLEUR

Dénomination de l'administration : .....

Concernant le travailleur :

Fonction : ☐ Employé.e ☐ Ouvrier.ère ☐ Autre : .....

Statut : ☐ Nommé.e ☐ CDI ☐ CDD ☐ Article 60 ☐ Autre : .....

Temps de travail : ☐ Temps plein ☐ ½ temps ☐ 4/5e ☐ Autre : .....

Date d'entrée en service : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Date de sortie de service : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
(Obligatoire s'il s'agit d'un contrat CDD ou d'un contrat Article 60)

Veuillez préciser si le travailleur se trouvait dans un statut particulier à la date de l'évènement (disponibilité, maladie, interruption de carrière à temps partiel ou plein, congé sans solde, etc.) :

....., et ce, depuis le : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Remarque : *Ne sont pas bénéficiaires: les pompiers volontaires, les mandataires et les membres du personnel enseignant dont le traitement est à charge de la Fédération Wallonie-Bruxelles*

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Fait à .....

le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Par : .....

Signature et qualité du signataire

Sceau de l'administration

Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont recueillis pour l'établissement de votre qualité de bénéficiaire du SSC et déterminer une éventuelle intervention financière. Notre politique en matière de protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel se fonde sur le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (aussi connu sous l'acronyme RGPD). Pour consulter ou rectifier les renseignements qui vous concernent, adressez-vous au SSC via l'adresse e-mail générique ***info@ssc.fgov.be***