

**ALLOCATION COMPLEMENTAIRE DE CHOMAGE**

**ATTESTATION D'AYANT DROIT 20 .....**

(uniquement pour les ouvriers qui prouvent un nombre insuffisant de jours  
rémunérés pendant la période de référence)

**1. A compléter par l'ouvrier:**

Nom: ..... Prénom : .....

Adresse:.....

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

Date de naissance : ...../...../..... N° NISS : .....

Nombre de jours rémunérés pendant la période de référence:

Nombre d'années d'occupation à prouver dans le secteur <sup>(1)</sup> :

Attention: le délai d'introduction de la demande est de 5 ans à partir de l'ouverture du droit.

**2. A compléter par l'(es) employeur(s) :**

	Employeur 1	Employeur 2
<b>Nom de la Société</b>		
<b>N° ONSS</b>		
<b>Date d'entrée</b>		
<b>Date de sortie</b>		
<b>Temps part./plein</b> (+ régime de travail)		
<b>Cachet <sup>(2)</sup></b>		

Période **d'incapacité de travail** (maladie, accident de travail) : du .....au .....

- (1) Les ouvriers qui ne peuvent pas prouver les 130 jours rémunérés au cours de l'année de référence, mais qui satisfont à la condition de l'art 11 §1, peuvent ouvrir le droit à l'allocation complémentaire aux conditions suivantes :

Années d'occupation dans le secteur	Nombre de jours rémunérés à prouver pendant l'année de référence
25 années de service	65
20 années de service	75
15 années de service	85
10 années de service	95
9 années de service	105
8 années de service	115
7 années de service	125

- (2) Cachet de la firme, extrait du compte de pension individuel, etc