REMBOURSEMENT DE L’INDEMNITE COMPLEMENTAIRE RCC

Fiche individuelle

Nom et adresse de l’entreprise ............. .............................................

 ..........................................................

 ..........................................................

 Numéro ONSS ... ... /……................................-..........

confirme par la présente avoir payé au travailleur mentionné ci-dessous les montants suivants d’indemnité complémentaire RCC

Nom et adresse du travailleur ……...................................................

 ........................................................... ...........................................................

Registre national…….....................................................

Charge de famille (oui/non)[[1]](#footnote-1) …………………………………

Montant mensuel d’allocation de chômage …………………….

(…………..………..à partir de …………….)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Année …………. | A. Montant de base indexé et/ou revalorisé[[2]](#footnote-2) de l’indemnité complémentaire | B.Indemnité complémentaire adaptée en application de la CCT sectorielle | C. Différence entre les colonnes A et B | D.Cotisations procentuelles sur la colonne C | E.Total des colonnes C et D[[3]](#footnote-3) |
| Janvier |  |  |  |  |  |
| Février |  |  |  |  |  |
| Mars |  |  |  |  |  |
| Avril |  |  |  |  |  |
| Mai |  |  |  |  |  |
| Juin |  |  |  |  |  |
| Juillet |  |  |  |  |  |
| Août |  |  |  |  |  |
| Septembre |  |  |  |  |  |
| Octobre |  |  |  |  |  |
| Novembre |  |  |  |  |  |
| Décembre |  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |  |

1. Si non complété, il est assumé qu’il n’y a pas de charge de famille. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cette partie entre en considération pour le remboursement, plafonné à 94,20 euros par mois (à indexer et à revaloriser). [↑](#footnote-ref-2)
3. Cette partie entre entièrement en considération pour le remboursement. [↑](#footnote-ref-3)