**FONDS DE FORMATION TITRES-SERVICES**



|  |
| --- |
| **DEMANDE DE SUBVENTION D'UN TRAJET DE FORMATION**  **SUIVI PAR UN NOUVEAU TRAVAILLEUR**  **DU GROUPE CIBLE DES 60 %**  Lorsqu'un nouveau travailleur Titres-Services appartenant au groupe cible des 60 % suit, **dans les trois mois** qui suivent son entrée en service, un trajet de formation, l'entreprise Titres-Services agréée peut demander, par le biais de ce formulaire, une intervention dans les coûts de :  ■ **150 €** pour un trajet de minimum **9 heures**  ■ **350 €** pour un trajet de minimum **18 heures**  Ce trajet de formation doit être constitué d'une ou plusieurs **formations externes de type E** (pour lesquelles le formateur a reçu une approbation). Une seule demande par travailleur Titres-Services est admissible. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Envoyez le formulaire dûment signé**  **(avec pièces justificatives) lorsque**  **la formation est terminée à l'adresse :** |  | **Réservé au service Fonds de Formation**  **Titres-Services** |
|  | Date de réception : |
| Le Forem – Siège Central  Service Fonds de Formation Titres-Services  boulevard Tirou 104  6000 CHARLEROI  Tél. 071 - 20.68.47  [fondsdeformation.titresservices@forem.be](mailto:fondsdeformation.titresservices@forem.be) |  | N° de dossier : |
|  | Budget de formation : |

**RUBRIQUE I – COORDONNEES DE L'ENTREPRISE TITRES-SERVICES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro d'agrément |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro d'entreprise (n° BCE) |  | |  | | |  | |  | | **.** | |  | |  | |  | | **.** | |  | |  | |  | |
| Nom officiel / dénomination sociale de l'entreprise |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse du siège social** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rue et n° |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Code postal et commune |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro d’établissement concernant  les travailleurs repris sur la liste de présence *(1)* |  | **.** | | |  | |  | |  | | **.** | |  | |  | |  | | **.** | |  | |  | |  |
| **Adresse de l’unité d’établissement** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rue et n° |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Code postal et commune |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Commission Paritaire des travailleurs Titres-Services | 322.01  318  121  ……….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personne de contact :  M.  Mme |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro de compte bancaire IBAN | BE | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| ***(joindre un relevé d’identité bancaire (RIB) de moins de 6 mois, daté, signé par la banque si c’est la 1ère demande que vous introduisez ou si vous changer de N° de compte)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. *Veuillez remplir autant de formulaires qu’il y a d’unités distinctes d’établissement concernées par les formations*

**RUBRIQUE II – INFORMATIONS RELATIVES AU TRAVAILLEUR TITRES-SERVICES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du travailleur Titres-Services |  |
| Numéro de registre national (NISS) du travailleur |  |
| Date d'entrée en service | / / 20 |
| Preuve que le travailleur Titres-Services appartient au groupe cible des 60 %  ***(à joindre en annexe***) | une copie d'attestation FOREM A231  (inscription demandeur d’emploi) |
| ou |
| une copie d’attestation CPAS  (bénéficiaire d'un revenu d'intégration) |

**RUBRIQUE III – DONNEES SUR LE TRAJET DE FORMATION SUIVI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° E** | **Nom de la formation** | **Formateur** | **Date de fin** | **Durée** |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
| E |  |  | / / 20 | ….. h et ..... min |
|  |  |  | **TOTAL** | **….. h et ..... min** |

|  |  |
| --- | --- |
| Preuves que le travailleur a bien suivi cette formation  ***(à joindre en annexe)*** | une facture du formateur externe pour chaque formation  une liste de présence signée par le travailleur  Titres-Services comprenant notamment :   * le nom de la formation ; * le nom du formateur externe ; * la date et l'heure de début et de fin de chaque session de formation ; * **le nom, le prénom et le numéro de registre national (NISS) du ou des travailleur(s) TS.**   Vous trouverez un exemple de cette liste sur le site internet :  <https://www.leforem.be/entreprises/aides/formation/fonds-formation-titres-services.html> |

**RUBRIQUE IV – MONTANT DE LA SUBVENTION**

|  |  |
| --- | --- |
| Montant demandé | 150 € (trajet de formation ≥ 9 heures et < 18 heures) |
| 350 € (trajet de formation ≥ 18 heures) |

**RUBRIQUE V – DECLARATION SUR L’HONNEUR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Je certifie que :  ■ les données transmises sont conformes à la vérité ;  ■ je n'ai pas demandé, pour ces formations, le remboursement des rémunérations et cotisations sociales dans le cadre du Congé-Education Payé ;  ■ je n’ai reçu de contributions ou de remboursement du Fonds de Formation Sectoriel TS, ainsi que par d’autres instances ou organismes, privés ou publics, relatifs à cette formation ;  ■ pendant la période de formation, l'agrément de mon entreprise n'a pas été retiré. | | | | |
| (Si l'une ou plusieurs de ces conditions ne sont pas remplies, veuillez nous en communiquer les raisons en annexe) | | | | |
| Pour l'entreprise :  M.  Mme Nom | |  | |  |
|  |  |  |  | |
| Fonction | |  | |  |
|  |  |  |  | |
| Date : / / 20 | Signature |  |  |  |
|  |  |  |  | |

La demande doit être remise, **avant le 31 mars** de l'année civile qui suit l'année au cours de laquelle le trajet de formation se termine, au Service Fonds de Formation Titres-Services :

Le Forem – Siège Central

Service Fonds de Formation Titres-Services

boulevard Tirou 104

6000 CHARLEROI

Le Service Fonds de Formation Titres-Services tient compte de votre demande au moment où il dispose de tous les documents.

Nombre de page(s) en annexe :