**Fonds de l’Expérience Professionnelle**

**Modèle de formulaire de demande**

**pour les employeurs**

Cette demande de subvention doit être envoyée par lettre recommandée ou par mail à l'adresse suivante :

**FOREM**

**Fonds de l’Expérience Professionnelle**

**Boulevard Tirou, 104**

**6000 CHARLEROI**

**fonds.experience@forem.be**

**1 : DONNÉES D’IDENTIFICATION DE L’ENTREPRISE :**

Description des activités :

Nom / Forme juridique :

Numéro de l’entreprise BCE :

N° de l’unité d’établissement :

Adresse de l’unité d’établissement :

Code NACE / Activité : -

Effectif renseigné au payroll de l’entreprise :

Numéro de la / des Commission(s) Paritaire(s) ou de la/des sous-commission(s) paritaire(s) :

Numéro de compte bancaire IBAN : BE..…. - ………... - …….….. - …….…..

Adresse de correspondance (si différente de l’adresse d’unité d’établissement) :

**2 : DONNÉES D’IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DE CONTACT :**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Numéro de téléphone :

Numéro de fax :

Adresse e-mail :

**3 : TYPES D’ACTIONS :**

Il existe 3 types d’actions qui peuvent être combinées. Quels types d’actions allez-vous entreprendre ?

☐ Instrument de mesure (QFT, …)

Nombre de travailleurs ≥ 45 ans concernés :

☐ Instrument de diagnostic (Déparis, …)

Nombre de travailleurs ≥ 45 ans concernés :

☐ Projet concret d’amélioration (achats)

Nombre de travailleurs ≥ 45 ans concernés :

4 : Instruments

4. A : Instrument de mesure :

(si pas d’instrument de mesure, passer au point 4. B : Instrument de diagnostic ou au point 5 : projet concret d’amélioration)

Nom de l’instrument de mesure :

Nombre de travailleurs ≥ 45 ans concernés par l’instrument de mesure :

Nombre de travailleurs ≥ 45 ans *concernés par l’instrument de mesure et par le projet d’amélioration :*

Nom et fonction de la personne qui a appliqué l’instrument de mesure :

Plan d’étapes concret pour l’utilisation de l’instrument de mesure :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Description de l’étape : | **Timing :** | |
| Timing instrument de mesure | Mois | Année |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

4. B : Instrument de diagnostic :

(si pas d’instrument de diagnostic, passer à la page suivante point 5 : projet concret d’amélioration)

Nom de l’instrument de diagnostic :

Nombre de travailleurs ≥ 45 ans ayant participé aux réunions pour l’instrument de diagnostic :

Nombre de travailleurs ≥ 45 ans ayant participé aux réunions pour l’instrument de diagnostic et *concernés par le projet d’amélioration :*

Nom et fonction de la personne qui a appliqué l’instrument de diagnostic :

Plan d’étapes concret pour l’utilisation de l’instrument de diagnostic :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Description de l’étape | Timing | |
| Timing instrument de diagnostic | Mois | Année |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

5 : Projet concret d’amélioration :

L’avis sera rendu sur base de la description du projet. Il est donc important que celle-ci soit la plus claire et la plus complète. Il vous est possible d’illustrer la description du projet au moyen de photos lorsque cela s’avère pertinent.

Nombre de travailleurs âgés (45 ans et plus) concernés par le projet d’amélioration :

• Description du poste de travail, de la fonction, des tâches quotidiennes des travailleurs âgés concernés par le projet concret d’amélioration :

• Description des problématiques à l’origine du projet concret d’amélioration (causes, fréquences, conséquences sur les travailleurs âgés) :

• Description du projet concret d’amélioration :

(Les factures ou la signature du contrat de leasing doivent être postérieurs à l’introduction de la demande de subvention.)

• Améliorations escomptées et / ou changement de fonction futur des travailleurs lié à ce projet :

**Si plusieurs situations de travail différentes sont concernées, veuillez remplir les données « Projet concret d’amélioration » pour chacune.**

**Annexe 1 : Plan de formation**

**Si plusieurs formations ou plusieurs modules de formation sont prévus, veuillez remplir le formulaire « Annexe 1 : Plan de formation » pour chaque formation ou pour chaque module de formation.**

Intitulé de la formation :

Organisme dispensant la formation :

Lieu de formation :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date(s) de formation : | Description détaillée du contenu de chaque jour de formation : | Nombre de travailleur(s) de 45 ans et plus concerné(s) par le projet : |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Objectifs de la formation :

Lien entre le projet concret d’amélioration et la formation :

Noms des travailleurs participant aux formations :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom | Prénom |  | Nom | Prénom |
| 1 |  |  | 21 |  |  |
| 2 |  |  | 22 |  |  |
| 3 |  |  | 23 |  |  |
| 4 |  |  | 24 |  |  |
| 5 |  |  | 25 |  |  |
| 6 |  |  | 26 |  |  |
| 7 |  |  | 27 |  |  |
| 8 |  |  | 28 |  |  |
| 9 |  |  | 29 |  |  |
| 10 |  |  | 30 |  |  |
| 11 |  |  | 31 |  |  |
| 12 |  |  | 32 |  |  |
| 13 |  |  | 33 |  |  |
| 14 |  |  | 34 |  |  |
| 15 |  |  | 35 |  |  |
| 16 |  |  | 36 |  |  |
| 17 |  |  | 37 |  |  |
| 18 |  |  | 38 |  |  |
| 19 |  |  | 39 |  |  |
| 20 |  |  | 40 |  |  |

**Annexe 2 : Avis de l’organe consultatif compétent**

Référence du dossier : FEP/201 /

Ayant été informé :

🞏 De l’application de l’instrument de mesure

🞏 De l’application de l’outil de diagnostic

🞏 De la mise en place du projet concret d’amélioration des conditions de travail des travailleurs âgés de 45 ans et plus

De l’entreprise :

L’organe consultatif :

🞏 CE 🞏 Délégation syndicale

🞏 CPPT 🞏 Travailleurs de 45 ans et plus concernés par le projet concret d’amélioration

Émet un avis en séance du :

🞏 Favorable

🞏 Défavorable. Dans ce cas, veuillez motiver cet avis :

Identification (nom et fonction au sein de l’organe consultatif) et signature des membres :

**Annexe 3 : Avis du Service Interne ou Externe pour la Prévention et la Protection au Travail**

**Annexe 3 : Avis du Service Interne ou Externe pour la Prévention et la Protection au Travail :**

Je soussigné, ………………………………………………………….. déclare, par la présente, en ma qualité de

conseiller en prévention interne / externede ………………………………………………………………….…. (nom de l’entreprise), donner un avis favorable à :

- l’utilisation d’un instrument de mesure ;

- l’utilisation d’une méthode de diagnostic ;

- à la réalisation du projet concret d’amélioration, pour les raisons suivantes :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

Nom : Prénom :

Fonction :

Tél :

E-mail :

Date : Signature (avec la mention « lu et approuvé ») :

**Annexe 4 : liste des travailleurs de 45 ans et plus concernés par le projet**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nous soussignons, déclarons être associés à l'établissement et à l'exécution du projet décrit dans la demande de subvention introduite par l'entreprise (nom de l'entreprise) ………………………………….. | | | | | |
|  | Nom | Prénom | Date de  naissance | Fonction (en détail) | Signature |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

**Annexe 5 : Estimation des coûts**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Moyens humains et matériels :** | **Coût unitaire et quantité** |  |
| INSTRUMENT  (Si le coût n’est pas introduit en début de projet, l’intervention relative à l’application de l’instrument ne pourra pas être octroyée.) | (Nombre de travailleur(s) de 45 ans et plus x … € htva) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| PROJET : Achat de matériel et/ou de formations | ( Nombre d’unité(s) d’achat x …€ htva) | Si leasing  (■) |
|  |  | □ |
|  |  | □ |
|  |  | □ |
|  |  | □ |
|  |  | □ |
|  |  | □ |
|  |  | □ |
|  |  | □ |
|  |  | □ |
|  |  | □ |
|  |  | □ |

**Annexe 6 : Déclaration sur l’honneur**

**Cette déclaration sur l'honneur doit être signée par le représentant de l’entreprise qui demande la subvention.**

L’entreprise qui demande la subvention :

- accepte que l’administration recherche tous les renseignements nécessaires pour vérifier si la demande répond à toutes les conditions d’octroi de l’A.R. ;

- est consciente qu'elle peut tomber sous le coup de la loi[[1]](#footnote-1) si elle :

* accepte ou garde des subventions auxquelles elle sait (ou devrait savoir) qu'elle n’a pas droit ou que partiellement droit ;
* mentionne des déclarations inexactes ou incomplètes dans sa demande de propos délibérés ;
* utilise les subventions dans d'autres buts que ceux pour lesquels elle les a reçues.

- s’engage à communiquer toute modification importante à l’administration ;

- atteste que les travailleurs auxquels les actions sont destinées sont impliqués soit individuellement soit en groupe à la mise sur pied et à l’exécution des actions ;

- déclare qu’elle ne se trouve pas en état de faillite ou de liquidation, qu’elle n’a pas obtenu un concordat judiciaire, ou qu’elle ne fait pas l’objet d’une procédure de déclaration de faillite ou de concordat judiciaire ;

- déclare qu’elle a payé ses cotisations de sécurité sociale, ses impôts directs et la TVA et qu’elle n’a pas encouru de jugement pénal ou d’amende administrative pour infraction aux législations et réglementations relatives à la politique de l'emploi telle que visée à l’article 6, § 1er, IX de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. ;

- s’engage à continuer à occuper les travailleurs pour lesquels l’action a été entreprise pendant la durée du projet et ce, avec un minimum de douze mois ;

- déclare que l’exécution des actions n’aura lieu qu’après l’introduction de la demande de subvention ;

- confirme que sa déclaration sur l'honneur est sincère et complète.

Pour l’entreprise

Nom : Fonction :

Signature du représentant de l’entreprise (avec la mention *« Lu et approuvé »*) :

Date :

1. Loi du 7 juin 1994 concernant les déclarations à formuler en matière de subventions, rémunérations et allocations de n’importe quelle sorte qui proviennent complètement ou partiellement de l’Etat (M.B. du 8 juillet 1994, p.18.127). [↑](#footnote-ref-1)