adem AGENCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOI
Service du maintien de l'emploi

Adresse postale: B.P. 289 - L-4003 Esch-sur-Alzette
Téléphone: 247 88000 Fax: 40 59 88

CHÔMAGE PARTIEL

Fiche individuelle

C

Entreprise:

CHP411_fiche_individuelle **V 2017-1.0**

Mois de:

LAISSER EN BLANC S.V.P.

1) Données ayant trait au salarié:

11 nom et prénom:

12 date de naissance: sexe:

13 domicile (localité):

14 nationalité:

15 profession:

15a matricule:

16 salarié déjà occupé à l'entreprise lors de la survenance du chômage: **oui**

2) Données ayant trait aux heures ouvrables du mois considéré:

21	nombre des heures de travail **réellement effectuées** à l'entreprise:		h
22	nombre global des heures de travail perdues (hrs. total partiel): **(a)**	+	h
23	autres heures ouvrables du mois, rémunérées ou non rémunérées: **(b)**	+	h
24	= nombre global des heures ouvrables du mois:	=	h

3) Données ayant trait aux heures indemnisées par l'employeur:

31	nombre global des heures de travail perdues:		h
32	moins nombre des heures de travail **récupérées ou supplémentaires**:	-	h
33	moins nombre des heures de **travail accessoire**:	-	h
34	= heures indemnisées par l'employeur	=	h

4) Données ayant trait à l'indemnité compensatoire de rémunération accordée par l'employeur:

ATTENTION AU MAXIMUM DU SALAIRE DE COMPENSATION

41	Salaire horaire **brut normal** du salarié: **(c)**	€
42	dont 80%: sans arrondir	€
43	montant du salaire de compensation brut accordé:	€

DECLARATION ET QUITTANCE:

Le salarié soussigné déclare par la présente qu'il est apte au travail, qu'il ne touche ni rente de retraite, ni rente d'invalidité, qu'il n'a pas introduit de demande d'indemnisation auprès d'un autre service luxembourgeois ou étranger, et que les données ci-dessus sont exactes. - Il confirme que le salaire de compensation brut indiqué ci-dessus lui a été accordé de la part de son employeur.

Unterzeichneter erklärt hiermit, dass er arbeitsfähig ist, dass er weder Altersrente noch Invalidenrente bezieht, dass er keinen Antrag auf Arbeitslosenunterstützung bei einer sonstigen einheimischen oder ausländischen Behörde gestellt hat, und dass vorstehende Angaben richtig sind. - Er bestätigt, dass ihm vorstehender Brutto-Ausgleichslohn seitens seines Arbeitgebers verrechnet wurde.

Certifié sincère et exact:

Signature du salarié: **Signature de l'entreprise:**

(a) heures perdues involontairement et en dehors de tous motifs personnels,
(b) autres heures perdues: maladie, congé payé et non payé, jours fériés etc,
(c) en cas de rémunération mensuelle, diviser par 173h de travail.

La loi du 2 août 2002 relative à la protection des données des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel prévoit que l'administré soit informé que les réponses à ce formulaire ne peuvent servir qu'à d'autres fins que le traitement du chômage partiel. Conformément aux termes de la prédite législation, le droit d'accès, de rectification et de suppression des données est garanti.