

# CHOMAGE ACCIDENTEL OU TECHNIQUE INVOLONTAIRE

EXT\_SME-cho\_acc\_tech\_f\_indiv\_Fiche no1\_2015/08/10\_Page 1/1\_A

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

Entreprise:

## FICHE INDIVIDUELLE:

Mois de: \_\_\_\_\_

RE  
SI  
LAISSER EN  
BLANC S.V.P.

### Données ayant trait au travailleur:

- 11 nom et prénom: \_\_\_\_\_
- 12 date de naissance et sexe: \_\_\_\_\_
- 13 domicile (localité): \_\_\_\_\_
- 14 nationalité: \_\_\_\_\_
- 15 profession: \_\_\_\_\_
- 15a matricule: \_\_\_\_\_

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

### Données ayant trait aux heures ouvrables du mois considéré:

- 21 nombre des h de travail **réellement effectuées** à l'entreprise:            h
- 22 nombre des h perdues: +            h
- 23 autres h ouvrables du mois, rémunérées ou non rémunérées: +            h
- 24 = total: =            h

### Données ayant trait aux heures indemnisées par l'employeur:

- 31 nombre des h de travail perdues:            h
- 32 moins nombre des h de travail **recupérées ou supplémentaires**: -            h
- 33 moins nombre des h de travail effectuées en dehors de l'entreprise: -            h
- 34 = heures indemnisées par l'employeur: =            h

### Données ayant trait à l'indemnité compensatoire de rémunération accordé par l'employeur:

- ATTENTION AU MAXIMUM DU SALAIRE DE COMPENSATION
- 41 Salaire horaire **brut normal** du travailleur:            €
- 42 dont 80%: SANS ARRONDIR            €
- 43 montant brut de l'indemnité compensatoire de rémunération accordé par l'employeur: (Positions 35 x 42)            €

### DECLARATION ET QUITTANCE:

Le travailleur 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 travailleur: \_\_\_\_\_

Signature de l'entreprise: \_\_\_\_\_

**Remarque:** Lors de l'introduction des fiches, prière de joindre une **déclaration de créance** et un **relevé des montants**. N'oubliez pas d'indiquer le numéro **IBAN** de votre CCPL.

EN

CO

ET

VE



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 accidentel ou technique involontaire. Conformément aux termes de la précitée législation le droit d'accès, de rectification et de suppression des données est garanti.