

## **Demande de remboursement d'une indemnité forfaitaire Reclassement professionnel externe**

(Application de l'article L.326-9 (6) du Code du Travail)

### **DONNEES PERSONNELLES**

L'ADEM utilise les données personnelles renseignées dans ce formulaire pour assurer le traitement de votre demande de remboursement de l'indemnité forfaitaire versée à votre salarié reclassé, en application de l'article L.326-9 (6) du Code du Travail. L'ADEM se réserve le droit de vérifier l'exactitude des données concernant l'affiliation de votre salarié (période, employeur et salaire déclaré) auprès du Centre Commun de la Sécurité Sociale. Ces données seront traitées et conservées pendant la période nécessaire à l'exécution de nos obligations, conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD) et à la législation nationale en la matière.

Vous trouverez de plus amples informations, ainsi que les données de contact du délégué à la protection des données (DPO), pour faire valoir vos droits, conférés par le RGPD, sur le site <http://adem.public.lu/fr/support/protection-des-donnees/index.html>.

En outre, nous vous rappelons que le RGPD vous oblige à informer le salarié concerné par la présente demande du transfert à l'ADEM des données à caractère personnel le concernant.

### **Employeur :**

Matricule :

Rue et numéro :

Code postal :

Localité :

Personne de contact :

Tél :

Email :

**Par la présente, je sollicite un remboursement de l'indemnité forfaitaire concernant :**

### **Salarié**

Nom et prénom :

Matricule :

**Période d'occupation du salarié au sein de l'entreprise :** du

au

**Détail des montants pris en considération :**

Mois	Rémunération brute mensuelle (à l'exclusion des salaires pour heures supplémentaires, des gratifications et de toutes indemnités pour frais accessoires exposé)
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
	euros
Total à considérer (somme)	euros

**Le présent formulaire doit être accompagné :**

- de la preuve du virement bancaire de l'indemnité forfaitaire versée au salarié ;
- des 12 dernières fiches de paie du salarié à la date qui précède immédiatement la notification de la décision de reclassement professionnel externe de la Commission mixte ;
- d'une copie de la fiche de retenue d'impôt de votre salarié utilisée pour le calcul de l'indemnité nette
- de votre relevé d'identification bancaire (RIB).

Je suis conscient que le remboursement des indemnités forfaitaires ne pourra pas m'être accordé si mon entreprise occupait un effectif d'au moins 25 salariés le jour de la saisine de la Commission mixte pour le salarié susnommé.

Lieu et date :

Cachet et signature

**À renvoyer à :**

Agence pour le développement de l'emploi  
Service Aides financières handicap et reclassement professionnel  
BP 1125 - L-1011 Luxembourg

**Pour tout renseignement complémentaire, veuillez vous adresser à**

l'Agence pour le développement de l'emploi  
téléphone : 247 - 88000