|  |  |
| --- | --- |
| ONEM | **Demande de complément de reprise du travail ordinaire**  Suite à la sixième réforme de l’Etat, la compétence pour le complément de reprise de travail est, à partir du 1er juillet 2014, transférée à la Région wallonne, la Région de Bruxelles-Capitale, la Région flamande et la Communauté germanophone (voir www.forem.be, www.emploi.wallonie.be, www.ifapme.be, www.actiris.be, www.bruxelles-economie-emploi.be, www.adg.be, www.vdab.be).  Une phase transitoire pendant laquelle l’ONEM continue provisoirement d’exercer cette compétence a cependant été prévue. L’ONEM reste donc, en vertu du principe de continuité, chargé de l’exécution de cette matière jusqu’au moment où la Région sera opérationnellement en mesure d’exercer cette compétence.  Si vous êtes domicilié en Région wallonne (hors la Communauté germanophone), vous ne pouvez plus demander le complément de reprise du travail si vous entrez en service après le 30.06.2017. Vous ne pouvez donc plus compléter la Rubrique A. Par contre, vous pouvez encore demander une prolongation dans le cadre d’une occupation/établissement en cours (Rubrique B) et ceci jusqu’au 30.06.2020 maximum. Vous devez également compléter la Rubrique C et/ou D si celles-ci sont d’application.  Si vous êtes domicilié en Région de Bruxelles-Capitale, vous ne pouvez plus demander le complément de reprise du travail si vous entrez en service après le 30.09.2017. Vous ne pouvez donc plus compléter la Rubrique A. Par contre, vous pouvez encore demander une prolongation dans le cadre d’une occupation/établissement en cours (Rubrique B). Vous devez également compléter la Rubrique C et/ou D si celles-ci sont d’application.  Si vous êtes domicilié en Région flamande, vous ne pouvez plus demander le complément de reprise du travail après le 14.03.2018. Vous ne pouvez donc plus compléter la Rubrique A. Par contre, vous pouvez encore demander une prolongation dans le cadre d’une occupation/établissement en cours (Rubrique B). Vous devez également compléter la Rubrique C et/ou D si celles-ci sont d’application.  Si vous êtes domicilié en Communauté germanophone, vous pouvez encore compléter toutes les rubriques de ce formulaire. |

Pourquoi cette demande ?

Lorsque, en tant que travailleur de plus de 55 ans, vous reprenez le travail (comme salarié, indépendant ou fonctionnaire statutaire), vous pouvez avoir droit au complément de reprise du travail.

Ce complément vous est octroyé pour toute la durée de la reprise du travail. Si toutefois vous ne prouvez pas 20 années de passé professionnel, l’octroi est limité à 36 mois.

**Attention** :

* Votre organisme de paiement ajoutera les preuves de 20 ans de passé professionnel si ceci n’a pas encore été fait pour demander le complément de reprise du travail à durée indéterminée.
* Vous devez prolonger votre demande chaque année. Rendez-vous à temps auprès de votre organisme de paiement afin de prolonger votre demande.

Vous trouverez plus d’informations concernant le complément de reprise du travail, les montants et les conditions auxquelles vous devez satisfaire dans la feuille info T92 « Avez-vous droit au complément de reprise du travail ? »

Au moyen du formulaire C129bis:

* vous faites une première demande ou une nouvelle demande de complément de reprise du travail (rubrique A)
* vous demandez annuellement la prolongation de votre droit au complément de reprise du travail (rubrique B)
* vous faites une nouvelle demande de complément de reprise du travail parce que vous avez déménagé vers le ressort d’un autre bureau du chômage (rubrique C)
* vous déclarez tout changement qui a une incidence sur votre droit (rubrique D).

Base légale: art. 129bis et 129ter AR 25.11.1991.

Qui doit compléter ce formulaire ?

Dans les rubriques A, B, C ou D, cochez les situations qui vous sont applicables et répondez aux questions qui s’y rapportent.

Vous trouverez, dans la marge gauche, des informations qui vous aideront à compléter ce formulaire.

N’oubliez pas de compléter votre NISS (numéro de registre national) à chaque page du formulaire.

Que devez-vous faire du formulaire complété ?

Vous devez remettre le formulaire complété à votre organisme de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC ou FGTB).

Et ensuite ?

L’organisme de paiement transmet le formulaire à l’ONEM et vous informera par la suite du traitement de votre demande.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ONEM | Demande du complément de reprise du travail ordinaire  Art. 129bis et 129ter AR 25.11.1991  **A compléter par le chômeur** | cachet dateur de l’organisme de paiement |
|  | | |

Votre identité

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Le numéro NISS se trouve au verso de votre carte d’identité | Numéro de registre national (NISS) \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ |
| Les cases téléphone et e-mail sont facultatives. | Téléphone  E-mail |

Votre demande

|  |  |
| --- | --- |
| Cochez la case qui s’applique à votre situation.  Au cours d’un même mois, le complément de reprise du travail ne peut pas être cumulé avec des allocations de chômage et des indemnités de maladie comme chômeur complet, avec l’allocation de garantie de revenus d’un travailleur à temps partiel et avec des allocations d’interruption (dans le cadre d’une interruption de carrière ou d’un crédit-temps).  Si vous reprenez le travail au cours du mois dans lequel vous sollicitez également des allocations de chômage et si vous souhaitez conserver celles-ci, veillez à demander le complément à partir du premier jour du mois **qui suit** la reprise du travail. | 1. **Demande de complément de reprise du travail à partir du** \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_   ❑ Je demande le complément de reprise du travail **pour la première fois**   * J’ai repris le travail le \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ auprès de l’employeur suivant :     *(nom et adresse)*    Dans les six mois qui précèdent cette entrée en service, avez-vous été occupé (même comme intérimaire) chez ce même employeur ou auprès du groupe auquel cet employeur appartient ?  ❑ non ❑ oui   * Je me suis établi comme travailleur indépendant à titre principal à partir du \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ .   Je m'engage à ne prester, pendant la période de six mois qui suit la période au cours de laquelle j'étais en service auprès d’un employeur, aucun service comme indépendant, au profit ou pour le compte de cet employeur ou du groupe auquel cet employeur appartient. |
| La demande doit être renouvelée après 12 mois. | * J’ai une carrière professionnelle de 20 années et je sollicite le **complément de reprise du travail à durée indéterminée**. |
| Vous pouvez percevoir le complément temporaire de reprise du travail pendant 36 mois maximum et vous devez le renouveler après 12 mois. Le montant diminue après 12 et après 24 mois. | * Je n’ai pas une carrière professionnelle de 20 années et je sollicite **le complément de reprise du travail temporaire.** * Je sollicite **à nouveau** le complément de reprise du travail parce qu’au \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ j’ai repris le travail chez l’employeur suivant :     *(nom et adresse)* |



|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de registre national (NISS) \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ | |
|  | **B. Prolongation du complément de reprise du travail**  ❑ Je demande **la prolongation** de mon complément de reprise du travail à  partir du \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  J’affirme que je suis encore occupé auprès de l'employeur mentionné sur ma demande précédente ou que je suis encore indépendant à titre principal et affilié auprès d’une caisse d'assurances sociales pour indépendants. |
| Faites une nouvelle demande le 1er du mois qui suit la date du déménagement. | **C. Déménagement**  ❑ Etant donné que j’ai **déménagé** dans le ressort d’un autre bureau du chômage, je demande à nouveau le complément de reprise du travail.  Je joins le formulaire C8‑transfert.  J’affirme que je suis encore occupé auprès de l'employeur mentionné sur ma demande précédente ou que je suis encore indépendant à titre principal et affilié auprès d’une caisse d'assurances sociales pour indépendants. |
| La déclaration de la fin d’une occupation comme salarié sur le formulaire C129bis n’est pas obligatoire si vous introduisez un formulaire C4 (ou un formulaire C4DRS en cas de déclaration électronique) après votre occupation. | **D. Fin du complément de reprise du travail**  ❑ Je déclare **la fin** de mon droit au complément de reprise du travail  à partir du \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ parce que :   * je mets fin à mon **activité indépendante à titre principal** à partir de cette date. * mon **occupation** a pris fin à cette date.   Je perçois une indemnité de rupture  ❑ non ❑ oui, jusqu’au \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ inclus  *(vous percevez encore le complément de reprise du travail pendant cette période)*   * je réside à l’étranger à partir de cette date. * j’ai droit à une pension de retraite complète à partir de cette date. * je suis interné ou détenu à partir de cette date. * j’ai droit à l’indemnité complémentaire payée par mon ex-employeur dans le cadre du chômage avec complément d’entreprise après la période couverte par l’indemnité de rupture (ou par l’indemnité de reclassement) à partir de cette date.   Je demande l’arrêt du paiement du complément de reprise du travail à partir du  mois \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_. |

Signature

|  |  |
| --- | --- |
| Vos déclarations sont conservées dans des fichiers informatiques. Vous trouverez plus d’explications concernant la protection de ces données dans la brochure de l’ONEM relative à la protection de la vie privée. Plus d’infos sur www.onem.be | **J’affirme sur l’honneur que la présente déclaration est sincère et complète**  Je suis informé du fait que, pour les mois pour lesquels je demande le complément de reprise du travail, je n'ai pas droit aux allocations de chômage ou aux indemnités de maladie comme chômeur complet, à l'allocation de garantie de revenus ou aux allocations d'interruption (interruption de carrière ou crédit-temps).  J’indique mon numéro de registre national (NISS) en haut de la page 2.  Date: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Signature |