**DEMANDE DE PAIEMENT – PRIME DE REINSTALLATION COOPERANT**

*Base légale: Loi modifiée du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement et l’action humanitaire*

|  |  |
| --- | --- |
| **Dénomination sociale de l'employeur**AdresseAdresse | Matricule employeur Tél:email: |
| **Nom du coopérant****Prénom du coopérant**Date de l’arrêté ministériel :       | Matricule nationale :      Tél:email: |
| IBANNom de l’ONG: | Code BIC      |
| Début de la période sollicitée (JJ/MM/AA) :      | Fin de la période sollicitée (JJ/MM/AA) :      |
| Congés durant la période sollicitée : |
| Du       au       Du       au       Du       au      Du       au       Du       au       Du       au      Du       au       Du       au       Du       au       |
| Documents à joindre à la déclaration : (*Les demandes incomplètes ne seront pas traitées et renvoyées à l’expéditeur)* [ ]  Arrêté ministériel accordant l’octroi du statut de coopérant ou de coopérant assimilé. [ ]  Attestation de l’employeur de la présence dans le pays du projet durant la période sollicitée. [ ]  Attestation de l’employeur sur les jours de congés. [ ]  Le coopérant a déjà bénéficié d’un remboursements d’une prime de réinstallation pour des périodes antérieures. Période du       au       Période du       au        Période du       au       Période du       au        Période du       au       Période du       au        |
| Le signataire certifie la conformité des données fournies.  |

**Date et signature**

**Cachet de l’employeur**