**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**  Adresse  Adresse | Matricule employeur  Tél:  email: | |
| **Nom du coopérant**  **Prénom du coopérant**  Date de l’arrêté ministériel : | Matricule nationale :  Tél:  email: | |
| IBAN  Nom 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**