

Commission paritaire pour le secteur francophone et germanophone de l'aide sociale et des soins de santé - CP 332

Convention collective de travail du 18 janvier 2019 relative à la prime syndicale modifiant la Convention collective de travail du 25 novembre 2009, enregistrée sous le numéro 98618/CO/332, concernant l'octroi d'une prime syndicale au personnel des établissements et services de l'aide sociale et des soins de santé dépendant de la Région wallonne.

Article 1.

La présente convention collective de travail s'applique aux employeurs et aux travailleurs qui, à la fois, ressortissent à la Commission paritaire pour le secteur francophone et germanophone de l'aide sociale et des soins de santé, sont subsidiés par la Région wallonne, et appartiennent aux secteurs repris dans l'accord cadre tripartite 2007-2009 du 28 février 2007 pour le secteur non marchand privé wallon.

Article 2.

Par "travailleurs" on entend : le personnel ouvrier et employé, masculin et féminin.

Article 3.

L'annexe visée à l'article 4 de la CCT du ~~25 novembre~~ 2009 est remplacée par l'annexe qui suit.

Article 4 .

La présente convention produit ses effets à dater du 1^{er} janvier 2019.

Pour les primes payables en 2019 (cotisations 2018), de façon dérogatoire, les anciens formulaires peuvent encore être utilisés.

La présente CCT est conclue pour une durée indéterminée. Elle peut être dénoncée moyennant un préavis d'un an notifié par courrier recommandé au président de la commission paritaire pour le secteur francophone et germanophone de l'aide sociale et des soins de santé, qui en informe les autres parties.

ANNEXE FONDS INTERSYNDICAL DES SECTEURS DE LA REGION WALLONNE

SECTEURS AMBULATOIRES

Demande de prime syndicale

Exercice 20.. – payable en 20..

Ce formulaire est délivré dans le cadre du paiement de la prime syndicale au personnel des secteurs NON MARCHAND dépendant de la Région Wallonne. Les employeurs doivent distribuer ce formulaire complété par lui pour sa partie, avec la fiche de paie de janvier. Les travailleurs syndiqués doivent retourner ce formulaire complété à leur organisation syndicale pour fin avril au plus tard, par courrier postal ou support électronique.

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Cachet de l'employeur.

NOM DE L'ASSOCIATION :

ADRESSE :

N° ONSS :

IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

NOM Prénom

ADRESSE :

PERIODE D'OCCUPATION :

FRACTION D'OCCUPATION : / 38

Je coche dans la liste jointe le secteur dont l'employeur relève

Je certifie les informations communiquées sincères et complètes

Signature de l'employeur ou de son représentant

A COMPLETER PAR LE TRAVAILLEUR

Adresse électronique :

ORGANISATION SYNDICALE :

N° D’AFFILIATION :

DATE D’AFFILIATION :

N° DE COMPTE POUR REMBOURSEMENT :/...../.....

COTISATION SYNDICALE : Temps plein Temps partiel

Je certifie la présente sincère et complète.

Date :

Signature :

En vue de protéger la vie privée, les nouvelles règles européennes relatives au règlement général sur la protection des données (RGPD - Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen) sont respectées. Les informations transmises sur le présent formulaire ne peuvent être utilisées que dans le cadre du traitement de la Prime syndicale. Le soussigné donne son consentement formel à cette utilisation.

SECTEURS DE LA REGION WALLONNE COUVERTS PAR LA PRIME SYNDICALE CORRESPONDANT A CE FORMULAIRE

Prière de cocher ci-dessous le secteur dont vous dépendez :

- services de santé mentale,
- centres de planning et de consultations familiales et conjugales,
- centres de service social,
- centres de coordination de soins et services à domicile,
- centres de télé-accueil,
- services d'aide aux justiciables / partenaires apportant de l'aide aux justiciables
- espaces-rencontres,
- services d'insertion sociale,
- associations de santé intégrée,
- associations spécialisées en assuétudes.

Paritair Comité voor de Franstalige en Duitstalige welzijns- en gezondheidssector - PC 332

Collectieve arbeidsovereenkomst van 18 januari 2019 betreffende de vakbondspremie en tot wijziging van de CAO van 25 november 2009, geregistreerd onder nummer 98618/CO/332, betreffende de toekenning van een vakbondspremie aan het personeel van de instellingen en diensten van welzijns- en gezondheidssector dat ressorteert onder het Waalse Gewest.

Artikel 1.

Deze collectieve arbeidsovereenkomst is van toepassing op de werkgevers en werknemers, die zowel behoren tot het paritair comité voor de Franstalige en Duitstalige welzijns- en gezondheidssector, die gesubsidieerd worden door het Waals gewest, en die behoren tot de sectoren opgenomen in de tripartite raamovereenkomst 2007-2009 van 28 februari 2007 voor de Waalse particuliere non-profitsector.

Artikel 2.

Onder "werknemers" wordt verstaan: de arbeiders en bedienden (m/v).

Artikel 3.

De bijlage bedoeld in artikel 4 van de CAO van ~~25 november~~2009 wordt vervangen door de onderstaande bijlage.

Artikel 4.

Deze overeenkomst treedt in werking met ingang van 1 januari 2019.

Bij wijze van afwijking mogen, voor de premies betaalbaar in 2019 (bijdragen 2018), de vroegere formulieren nog worden gebruikt.

Deze collectieve arbeidsovereenkomst wordt gesloten voor een onbepaalde tijd. Zij kan worden opgezegd met een opzeggingstermijn van een jaar, gericht bij een aangetekend schrijven aan de Voorzitter van het Paritair Comité voor de Franstalige en Duitstalige welzijns- en gezondheidssector, die de andere ervan op de hoogte brengt.

BIJLAGE INTERSYNDICAAL FONDS VAN DE SECTOREN VAN SECTOREN VAN HET WAALSE GEWEST

Ambulante sectoren

Aanvraag vakbondspremie

Dienstjaar 20.. - betaalbaar in 20..

Dit formulier wordt verstrekt in het kader van de betaling van de vakbondspremie aan het personeel van de sectoren van de NON-PROFIT dat afhangt van de Waalse Gewest. Nadat hij zijn deel ervan heeft ingevuld, moet de werkgever dit formulier verstrekken met de loonfiche van de maand januari. De werknemers die lid zijn van een vakorganisatie, moeten dit ingevulde formulier elk jaar uiterlijk tegen eind april, per post of elektronisch, terugbezorgen aan hun vakorganisatie."

In te vullen door de werkgever

Identificatie van de Werkgever **Stempel van de werkgever**

Naam van de vereniging:.....

Adres:.....

RSZ nr. :.....

Identificatie van de werknemer*

Naam: Voornaam:

Adres:.....

Tewerkstellingsperiode:.....

TEWERKSTELLINGSBREUK:...../ 38

ik kruis in bijgevoegde lijst de sector aan waaronder de werkgever valt.

Ik bevestig dat de medegedeelde informatie oprecht en volledig is.

Handtekening van de werkgever of van zijn vertegenwoordiger:

In te vullen door de werknemer

E-mailadres

Vakorganisatie:

Lidnummer :

Datum aansluiting:.....

REKENINGNUMMER VOOR TERUGBETALING:/...../.....

VAKBONDSBIJDRAGE: Voltijds Deeltijds

Ik bevestig op eer dat deze verklaring getrouw en volledig is.

Datum :

Handtekening:

Om het privéleven te beschermen, worden de nieuwe Europese regels betreffende de algemene verordening betreffende de bescherming van de gegevens (AVG - Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement) nageleefd. De informatie die werd medegedeeld op dit formulier mag enkel worden gebruikt in het kader van de verwerking van de vakbondspremie. De ondergetekende geeft zijn formele toestemming voor dit gebruik.

Sectoren van het Waalse Gewest gedekt door de vakbondspremie waarop dit formulier betrekking heeft

Gelieve hieronder de sector aan te kruisen waaronder u valt:

- dienst voor geestelijke gezondheidszorg,
- centrum voor levens- en gezinsvragen,
- centrum voor maatschappelijk werk,
- centrum voor coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten,
- centra voor teleonthaal,
- diensten die hulp verlenen aan rechtzoekenden / partners die hulp verlenen aan rechtzoekenden,
- ontmoetingsruimten
- diensten voor sociale inclusie,
- geïntegreerde gezondheidsverenigingen,
- verenigingen die gespecialiseerd zijn in verslavingen.