

CPMS12 – Centres psycho-médico-sociaux – Demande de mise en liquidation

Identification de l'établissement																												
Niveau : CENTRES PSYCHO-MEDICO-SOCIAUX (30)	<input type="checkbox"/> Organisé WBE (33)	<input type="checkbox"/> Subventionné par la FWB (22) <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Libre																										
N° ECOT (10 derniers chiffres) : <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>0</td><td>8</td><td>0</td><td>1</td><td>4</td><td>2</td><td>4</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>0</td><td></td><td>9</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		3	3	3	0	8	0	1	4	2	4	2	2	3	0		9	1				N° FASE : <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						
3	3	3	0	8	0	1	4	2	4																			
2	2	3	0		9	1																						
Nom du PO Nom du CPMS Adresse complète E-mails officiels	ec @ adm.cfwb.be po @ adm.cfwb.be	Gestionnaire du dossier (joignable facilement par l'Administration)	Nom : Prénom : Qualité : Tél. direct : E-mail :																									

Identification du membre du personnel (MDP)												
Matricule enseignant <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> NOM : Prénom :											Diplôme(s) (une copie de chacun d'eux doit être en possession de la Direction de gestion) 1) 2) 3)	Statut <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> TPr <input type="checkbox"/> St <input type="checkbox"/> D

Cumul	Transmission tardive du document par la faute du MDP
<input type="checkbox"/> Pas de cumul interne <input type="checkbox"/> Cumul interne A2 (enseignement organisé ou subventionné par la FWB)	<input type="checkbox"/> En application de la Circulaire 6930 du 10/01/2019 : « FICHES FISCALES : Déclarations du paiement des arriérés - Responsabilités et incidences fiscales »

Événement			
Date de début (JJ/MM/AAAA) : __/__/20__		Date de fin prévue (JJ/MM/AAAA) : __/__/20__	
Mouvement	Type d'événement <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Entrée en fonction <input type="checkbox"/> Reprise de fonctions (après un congé) <input type="checkbox"/> Maintien d'attributions D <input type="checkbox"/> Augmentation d'attributions <input type="checkbox"/> Prolongation d'attributions T <input type="checkbox"/> Réduction d'attributions <input type="checkbox"/> Fin de fonctions (dernier jour presté) </div> <div> <input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Nomination ou engagement à titre définitif <input type="checkbox"/> Extension nomination / engagement à titre définitif <input type="checkbox"/> Changement d'affectation / Mutation <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : </div> </div>	Justification(s) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Création d'emploi <input type="checkbox"/> Remplacement <input type="checkbox"/> Activation décret pénurie du 16/05/2024 <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Congé / Absence / Disponibilité <input type="checkbox"/> Dispo totale / Perte partielle de charge <input type="checkbox"/> DPPR </div> <div> <input type="checkbox"/> Suppression d'emploi <input type="checkbox"/> Fin de remplacement <input type="checkbox"/> Démission <input type="checkbox"/> Mise à la retraite <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : </div> </div>	
Absence	<input type="checkbox"/> Absence d'un jour <input type="checkbox"/> Début absence de plus d'1 jour <input type="checkbox"/> Reprise après absence de plus d'1 jour	Motif de l'absence (Précisez : intitulé CAD + Code DI)	
		Date de début (JJ/MM/AAAA) : __/__/20__ Date de fin (JJ/MM/AAAA) : __/__/20__	

Situation ancienne-nouvelle / Observations / Remarques complémentaires éventuelles :

N° ECOT (10 derniers chiffres) :

3	3	3	0	8	0	1	4	2	4				
2	2	3	0		9	1							

N° FASE :

--	--	--	--	--

Description de la charge

N° OE*	Code FADI	Fonction	Situation	Heures	Origines des périodes	Date de fin	Remarques
1			 / 36			
2			 / 36			
3			 / 36			
4			 / 36			
5			 / 36			

Origine de l'événement OE

*Si vous avez coché « Remplacement » ou « Activation du décret pénurie du 16/05/2024 » dans le cadre « justification(s) », indiquez les coordonnées du/des MDP remplacé(s) :

1

N° Mat : _____ Nom, prénom : _____
Motif de remplacement : _____

☐ D ☐ T ☐ St ☐ Fonction : _____
Période (JJ/MM/AAAA) : du __/__/20__ au __/__/20__

2

N° Mat : _____ Nom, prénom : _____
Motif de remplacement : _____

☐ D ☐ T ☐ St ☐ Fonction : _____
Période (JJ/MM/AAAA) : du __/__/20__ au __/__/20__

3

N° Mat : _____ Nom, prénom : _____
Motif de remplacement : _____

☐ D ☐ T ☐ St ☐ Fonction : _____
Période (JJ/MM/AAAA) : du __/__/20__ au __/__/20__

4

N° Mat : _____ Nom, prénom : _____
Motif de remplacement : _____

☐ D ☐ T ☐ St ☐ Fonction : _____
Période (JJ/MM/AAAA) : du __/__/20__ au __/__/20__

5

N° Mat : _____ Nom, prénom : _____
Motif de remplacement : _____

☐ D ☐ T ☐ St ☐ Fonction : _____
Période (JJ/MM/AAAA) : du __/__/20__ au __/__/20__

Le PO ou son délégué demande l'octroi ou l'ajustement du traitement/de la subvention-traitement du MDP, sur la base du présent Doc12. Il s'engage à rembourser soit la totalité des rémunérations si la fonction du MDP ne respecte pas les conditions réglementaires, soit la différence entre le montant liquidé et la rémunération proméritée.

Si ce Doc12 concerne un MDP temporaire, il est valable jusqu'à la fin de l'exercice en cours, au plus tard.

La transmission de ce document par GEDI-PRO ou une application locale ne requiert plus les signatures ni du membre du personnel, ni, grâce à l'authentification via l'application, du chef d'établissement et/ou du Pouvoir Organisateur.

SIGNATURES OPTIONNELLES	
Le membre du personnel (MDP)	Le Pouvoir Organisateur (ou son délégué)
NOM : _____	NOM : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date : __/__/20__	Qualité : _____
Signature : _____	Date : __/__/20__
	Signature : _____