

## 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="margin-left: auto; margin-right: auto;"><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><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>0</td><td>9</td><td>1</td><td></td><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									N° FASE : <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><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			Gestionnaire du dossier (joignable facilement par l'Administration)	Nom :																														
Nom du CPMS				Prénom :																														
Adresse complète				Qualité :																														
E-mails officiels	ec	@ adm.cfwb.be		Tél. direct :																														
	po	@ adm.cfwb.be	E-mail :																															

Identification du membre du personnel (MDP)																	
Matricule enseignant <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														Diplôme(s) (une copie de chacun d'eux doit être en possession de la Direction de gestion)		Statut	
NOM :		1)		<input type="checkbox"/> T													
Prénom :		2)		<input type="checkbox"/> TPr													
		3)		<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__			
Type d'événement			Justification(s)			
Mouvement	<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)		<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) : <small>.....</small>		<input type="checkbox"/> Création d'emploi <input type="checkbox"/> Remplacement <small>*Voir encadré à la page 2</small> <input type="checkbox"/> Activation décret pénurie du 16/05/2024 <small>*Voir encadré à la page 2</small> <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Congé / Absence / Disponibilité <input type="checkbox"/> Dispo totale / Perte partielle de charge <input type="checkbox"/> DPPR	<i>Indiquer le dernier jour presté :</i> <small>.....</small>
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) :	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 40px;"> <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>9</td><td>1</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					N° FASE : <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 40px; margin-left: 10px;"></table>
3	3	3	0	8	0	1	4	2	4													
2	2	3	0	9	1																	

#### 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 : .....  D  T  St  Fonction : ..... Période (JJ/MM/AAAA) : du \_\_/\_/\_/20\_\_ au \_\_/\_/\_/20\_\_  
Motif de remplacement : .....
- 2 N° Mat : ..... Nom, prénom : .....  D  T  St  Fonction : ..... Période (JJ/MM/AAAA) : du \_\_/\_/\_/20\_\_ au \_\_/\_/\_/20\_\_  
Motif de remplacement : .....
- 3 N° Mat : ..... Nom, prénom : .....  D  T  St  Fonction : ..... Période (JJ/MM/AAAA) : du \_\_/\_/\_/20\_\_ au \_\_/\_/\_/20\_\_  
Motif de remplacement : .....
- 4 N° Mat : ..... Nom, prénom : .....  D  T  St  Fonction : ..... Période (JJ/MM/AAAA) : du \_\_/\_/\_/20\_\_ au \_\_/\_/\_/20\_\_  
Motif de remplacement : .....
- 5 N° Mat : ..... Nom, prénom : .....  D  T  St  Fonction : ..... Période (JJ/MM/AAAA) : du \_\_/\_/\_/20\_\_ au \_\_/\_/\_/20\_\_  
Motif de remplacement : .....

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	
<b>Le membre du personnel (MDP)</b>	<b>Le Pouvoir Organisateur (ou son délégué)</b>
NOM : ..... Prénom : ..... Date : __/_/_/20__ Signature :	NOM : ..... Prénom : ..... Qualité : ..... Date : __/_/_/20__ Signature :