**Formulaire de demande d’indemnisation visant à supporter les conséquences économiques causées par les mesures instaurées à l’occasion de la pandémie de COVID-19**

Je soussigné(e), …….…………………………………………………………………….., demande de bénéficier de l’indemnisation forfaitaire suivant les termes du « Règlement communal instaurant l’indemnisation compensatoire des commerçants dont l’activité a été affectée de manière extraordinaire par une force majeure » pour :

Dénomination du commerce :

Numéro d’entreprise :

Adresse du commerce :

Code postal : Localité :

Nom de l’exploitant : Prénom :

Tél : GSM : E-mail :

Adresse du siège social :

Code postal : Localité :

Nombre de personnes employées (équivalent temps plein) :

*À l’exclusion des étudiants et intérimaires*

Cette demande concerne : (*biffer la mention inutile*) une fermeture totale – une fermeture partielle

Date du premier jour de fermeture forcée :

Nombre de jour de fermeture forcée :

En cas de fermeture partielle, indiquer le nombre d’heure d’activité prestée par jour (en moyenne) :

Indiquer votre estimation de l’Impact de la fermeture forcée sur votre chiffre d’affaire : EUR

Numéro de compte en banque sur lequel l’indemnité peut être versée :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Titulaire du compte (Prénom, Nom) :

Je déclare sur l’honneur que l’activité n’est pas en situation de faillite, de dissolution ou de liquidation.

Je certifie que les données déclarées ci-dessus correspondent à la réalité et accepte que toute fausse déclaration entraine une procédure du remboursement des montants alloués.

Je joins à la présente demande le bilan et le compte de résultat de l’année 2019 ainsi que les contrats de travail des personnes employées.

Je m’engage à envoyer sur simple demande de l’administration le bilan et le compte de résultat de l’année 2020 : (*biffer la mention inutile)*: oui -non

**Commentaires éventuels :**

Fait à Watermael-Boitsfort le

Prénom, Nom et signature

**Formulaire à renvoyer par courrier recommandé ou à déposer à**

**Administration Communale de Watermael-Boitsfort**

**Place Antoine Gilson 1**

**1170 – Bruxelles.**

**Service des Finances**

**Cadre réservé à l’administration**

Dossier n°:

Réceptionné le :

Agent traitant :

(a) Montant journalier de l’indemnité forfaitaire :

(b) Nombre de jour de fermeture reconnu :

(c) Montant total de l’indemnité à accorder (a)x(b) :