

Secretariaat van de Heroverwegingscommissie:

Contactpersonen: Marie-France Hasevoets

Email : hoc@vdab.be

Tel. 02 506 13 74

Dit formulier invullen als je niet akkoord bent met de ontvangen beslissing !

Stap 1 Gegevens aanvrager(s)

Naam en voornaam aanvrager:

Functie aanvrager: werkgever* / zelfstandige / werknemer / werkzoekende (= schrap wat niet past)

Gegevens **werkgever** **of** **zelfstandige**

Naam

Organisatie

Adres werkgever

E-mailadres

Tel. Ondernemingsnummer

Gegevens **werknemer** **of** **werkzoekende**

Naam en voornaam

Adres

E-mailadres

Tel. Geboortedatum

Datum in dienst sinds

** Indien je als werkgever deze aanvraag indient, gelieve ook het volgende aan te kruisen:*

☐ *Ik verklaar op eer dat ik de werknemer op de hoogte heb gebracht van dit verzoek.*

Stap 2 Dossiergegevens

Tegen welke beslissing wil je een verzoek tot heroverweging aanvragen?

.....

.....

Datum beslissing:

Motiveer waarom je niet akkoord bent met deze beslissing:

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....

Stap 3 Melding van aanwezigheid (kruis aan indien van toepassing)

☐ Je wenst NIET aanwezig te zijn

☐ Je wenst aanwezig te zijn op de vergadering van de heroverwegingscommissie om jouw dossier extra toe te lichten. Je kan je laten bijstaan door een vertrouwenspersoon, een wettelijke vertegenwoordiger of iemand die mee jouw belang kan behartigen. Je wordt schriftelijk ingelicht wanneer jouw dossier door de Heroverwegingscommissie wordt onderzocht.

☐ Je kan niet aanwezig zijn maar wenst je te laten vertegenwoordigen door een persoon van jouw keuze. Indien ja, gelieve de volmacht onderaan in te vullen.

Gelieve ons te contacteren als je assistentie wenst zodat wij je een optimale toegankelijkheid kunnen bieden. Vóór of tijdens de zitting kan je aan het secretariaat documenten overmaken die volgens jou noodzakelijk zijn voor een goede beoordeling van jouw verzoek.

Stap 4 Verzending

Stuur dit formulier volledig ingevuld naar het Team Tewerkstellingsondersteunende Maatregelen van jouw provincie :

Team TOM – adres

Datum:

Handtekening:

VOLMACHT (invullen als je NIET aanwezig kan zijn op het gesprek met de heroverwegingscommissie en je je laat VERTEGENWOORDIGEN door één persoon van jouw keuze)

Naam en voornaam aanvrager

Adres

Geeft hierbij volmacht aan de hierna vermelde persoon :

. Naam en voornaam

. Relatie tot aanvrager

. Organisatie

. Adres

. Tel.

Om hem/haar te vertegenwoordigen op de zitting van de Heroverwegingscommissie bij VDAB, Keizerslaan 11, te 1000 Brussel.

Opgemaakt in gemeenschappelijk overleg op:

De gevolmachtigde, (handtekening)

De volmachtgever/aanvrager, (handtekening)

