

Données personnelles

Nom	Prénom
Rue et numéro	Code postale et localité
Numéro de téléphone	Adresse e-mail
Etat civil Marié(e), partenaire enregistré(e) ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (veuve) ☐	Date de naissance
Date d'entrée dans l'entreprise	Date du dernier jour <u>effectivement</u> travaillé
Contrat de travail Écrit ☐ Oral ☐	
Le rapport de travail a-t-il été résilié ? Non ☐ Oui ☐	Si oui Pour quelle date : Durée du délai de congé :
Activité ou fonction dans l'entreprise	Horaire hebdomadaire de travail
Type de salaire Mensuel ☐ Horaire ☐ Montant du salaire :	Droit au 13^{ème} salaire Non ☐ Oui ☐
Dernier salaire payé Date du versement : Mois concerné :	 A2o
Après ce dernier salaire, un montant vous a-t-il encore été versé par l'employeur ? Non ☐ Oui ☐	Si oui A quelle date : Quel montant :
Nombre de jours/semaines de vacances par année	Dates des vacances prises sur l'année en cours
Avez-vous un solde de vacances de l'année précédente ? Non ☐ Oui ☐	Si oui Nombre de jours :
Détail des salaires impayés Rubriques : Montants :	
Avez-vous eu un autre emploi durant les 4 derniers mois ? Non ☐ Oui ☐	Si oui Depuis quelle date :
Avez-vous été en arrêt de travail durant les 4 derniers mois ? Non ☐ Oui ☐	Si oui Maladie ☐ Dates : Accident ☐ Dates : Congé maternité ☐ Dates : (joindre copie des certificats médicaux)
Avez-vous reçu des indemnités maladie, accident ou maternité durant les 4 derniers mois ? Non ☐ Oui ☐	Si oui Depuis quelle date : Type d'indemnité : (joindre copie des décomptes de l'assurance)
Lieu et date 	Signature 

J'atteste avoir répondu complètement et conformément à la vérité à toutes les questions et je prends connaissance que je suis pénalement punissable pour les fausses indications que j'aurais données ou pour les faits que j'aurais cachés. Si cela devait conduire à un versement à tort d'indemnités d'insolvabilité, je m'engage à rembourser les montants perçus.

Cette page est à remplir et à renvoyer à l'adresse ci-contre, avec les documents spécifiés dans la brochure « Informations aux demandeurs »

Caisse cantonale neuchâteloise d'assurance-chômage
 Case postale
 CH-2301 La Chaux-de-Fonds
 +41 (0)32 889.67.90 ccnac@ne.ch www.ccnac.ch