

875/C.S.

Rémunération
mensuelle pour
la nommée KARUSHONGA
Angèle, ex-monitrice
à Kabgayi.

Monsieur le Directeur de la Caisse Sociale
B.P. 250

K I G A L I.

Monsieur le Directeur,

Faisant suite à votre lettre n° Sec/R 357/ D.
datée du 29 octobre 1964 dont l'objet est repris en rubrique,
j'ai l'honneur de porter à votre connaissance que selon
les renseignements effectués auprès du Missionnaire
Inspecteur, le dernier traitement de la nommée KARUSHONGA
Angèle est de 1.438 frs par mois.

L'intéressée a touché son dernier salaire
au mois d'août 1963.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur
l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Préfet de Préfecture,
Le Sous-Préfet, SIBOMANA Aloys,



REPUBLIQUE RWANDAISE
MINISTRE DE L'INTERIEUR ET DU TRAVAIL
CAISSE SOCIALE

Kigali, le 20 OCT 1964

B.P. 250 - KIGALI

RWANDA

C.C.P. ZA. 0481

B.E.R.B. (KIGALI): N° 112030

-.DT/CHNG.-

Réf. n° : SEC/2357D.-

Annexe (s) :

Objet :

Demande de rémunération
journalière ou mensuelle.

A Monsieur le Préfet de la Préfecture,
de et à

G I T A R A M A.-

CAA
Demande traitement 9-1963
1438 — journal 45-①

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que j'ai reçu la demande d'allocation d'invalidité introduite par vous en faveur de Mademoiselle KARUSHONGA Angela, ex-monitrice à Kabgayi, actuelle résidence Gahogo-Kavumu, Préfecture GITARAMA.-

Je vous demanderais à ce sujet de me faire savoir par l'intermédiaire de son employeur quelle était sa rémunération journalière ou mensuelle, afin de me permettre de calculer les indemnités dues à son cas.-

Veillez agréer, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération distinguée.-

LE DIRECTEUR DE LA CAISSE SOCIALE,



M. MUNYAKAZI.-

Reçu à Gitarama le 23 NOV 1964
Indicateur no 524
Classement C.S.

12 octobre 1951

814/C.S.-

RECOMMANDE.-

Demande allocations
d'invalidité de la
nommée KARUSHONGA Angela.-

A Monsieur le Directeur de la Caisse Sociale
B.P. 250 à
K I G A L I.-

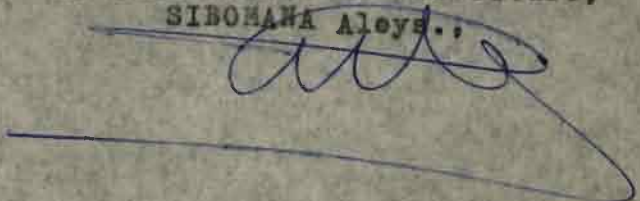
Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir en
double exemplaire une demande d'allocations
d'invalidité introduite par la nommée KARUSHONGA
Angela ex-maitresse à l'Ecole primaire à Biti
Kabgayi.-

La prolongation d'incapacité semble être
définitive d'après le certificat médical en annexe
établi en son sujet.-

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur,
l'assurance de ma considération très distinguée.-

Pour le Préfet de Préfecture,
Le Sous-Préfet de Préfecture,
SIBOMANA Aloys..



DEMANDE D'ALLOCATION D'INVALIDITÉ

15026652

DECLARATIONS DU TRAVAILLEUR

| | | | | |
|---|---------------------------------------|---|-------------------------------|---------------------------------|
| Renseignements relatifs à l'identité du travailleur | NOM KARUSHONGA | Indications et n° figurant dans le coin supérieur gauche de la carte d'identité : | | |
| | SURNOM | N° d'Affiliation à la Caisse des Pensions des Travailleurs du C.B. et du R.U. 2417730 — 80004793 | | |
| | PRENOMS ANGELA | | | |
| | Né à Kavumu - GAHOGO (Lieu) | (Circonscription) | (Territoire) GITARAMA | |
| | né le 1929 | Sexe Féminin | Père KWAMBUGA Augustin | Mère NYIRAGASANI Emerita |

| EMPLOYEUR — Nom et prénoms, ou dénomination de la firme | DATE | | Lieu de prestation des services | OBSERVATIONS |
|---|------------|----------|---------------------------------|--------------|
| | du | au | | |
| Arch.de Kabgayi-S.d.Ecoles S.Centre-Kabgayi-Ruanda Kabgayi-Maitrics 100% C/O P.Inspecteur Kabgayi -Ruanda | I - I - 53 | Fin 1962 | KABGAYI | Maladie |

| | |
|--|---|
| <p>LE TRAVAILLEUR DECLARE :</p> <p>I Qu'il a cessé ses services en qualité de travailleur depuis le</p> <p>II Qu'il n'a pas bénéficié d'un traitement ou salaire à charge de la Colonie, postérieurement à la cessation de ses services en qualité de travailleur ; dans le cas contraire, qu'il a cessé d'en bénéficier depuis le</p> <p>III Qu'il bénéficie (1) qu'il ne bénéficie pas (1) d'une allocation ou d'une rente en application des dispositions légales organisant la réparation du dommage résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles. Organisme à charge duquel cette rente ou allocation est liquidée :</p> <p style="text-align: right;">N° du DOSSIER :</p> <p>IV Qu'il a introduit sous le n° une demande d'allocation ou de rente auprès de la Caisse des Pensions des Travailleurs du Congo Belge et du Ruanda-Urundi, ou qu'il bénéficie d'une allocation ou d'une pension versée par cet organisme (DECISION n°</p> <p>V Que l'invalidité n'est pas due à un accident ou une maladie entraînant la responsabilité civile d'un tiers</p> | <p>ADRESSE du DEMANDEUR (en vue du paiement)</p> <p>31.12.62 KARUSHONGA Angela KAVUMU GAHOGO Commune NYAMABUYE Circonscription PREFECTURE GITARAMA.-</p> <p>Territoire</p> <p>Si le demandeur ne sait ou ne peut signer :</p> <p>Je, soussigné, Administrateur du Territoire de atteste que la demande a été établie conformément aux déclarations du demandeur.</p> <p style="text-align: right;">Signature de l'Administrateur,</p> <p>Le... 10 Octobre 1964...</p> <p>Le demandeur s'engage à signaler à l'Administrateur de territoire tout changement pouvant survenir dans les renseignements repris ci-dessus.</p> <p style="text-align: right;">Signature du demandeur,</p> <p>Le 10 Octobre 1964... <i>Angela Karushonga</i></p> |
|--|---|

(1) Biffer la mention inutile.

Je, soussigné, **SIBOMANA Aléys**
Administrateur du Territoire de

S/PREFET DE PREFECTURE

- 1 - atteste que le demandeur s'est présenté devant moi, à la date du **10.10.1964** en vue d'accomplir les formalités nécessaires à l'introduction de sa demande d'allocation d'invalidité;
- 2 - certifie l'exactitude des déclarations du demandeur, en ce qui concerne l'identité, le n° d'affiliation à la Caisse des Pensions des Travailleurs du Congo Belge et du Ruanda-Urundi, et le n° de la demande introduite auprès de cet organisme;
- 3 - certifie ne pas être en possession d'éléments permettant : a) de refuser l'attribution de l'allocation, en application des articles 3 et 5 du décret; b) d'infirmer les déclarations du demandeur, consignées aux paragraphes I à V;
- 4 - atteste que le demandeur est exempt de l'impôt sur les revenus professionnels;
- 5 - atteste qu'au moment où le demandeur a cessé ses services, il avait la qualification professionnelle suivante : **Bonne**
- 6 - considère qu'il n'est pas indispensable que le demandeur soit soumis à un examen médical (1);
- 7 - propose, en raison des justifications fournies par le demandeur ou les motifs indiqués ci-après, de prendre en considération les périodes de services suivantes :

A - Périodes de services accomplies dans les liens d'un contrat de travail ou d'engagement fluvial :

| du | au | Pièces justificatives ou motivation |
|--------|----------|---|
| 1.1.53 | 31.12.62 | Monitrice à l'Ecole Centrale de GITI KABWAYI, suivant l'attestation du Missiennaire Inspecteur. |

B - Autres périodes de services à prendre en considération :

| du | au | Pièces justificatives ou motivation |
|----|----|-------------------------------------|
|----|----|-------------------------------------|

(1) En ce cas, indiquer sur le modèle X3, pourquoi l'examen médical n'a pas été demandé; signer, dater et transmettre le modèle X3 à FONCOLIN, en annexe à la présente déclaration.

Fait à **GIKORAMA** le **10.10.1964**

Le **Prefet** Signature de l'Administrateur,
SIBOMANA Aléys

Sceau du Territoire

FONDS COLONIAL DES INVALIDITÉS A LÉOPOLDVILLE

(Décret du 1^{er} août 1949 sur la réparation des accidents du travail survenus aux travailleurs indigènes.)

Ai 4 Certificat médical de prolongation d'incapacité

(Article 22 du Décret)

A remplir en 4 exemplaires, dont un à conserver par l'employeur et trois à envoyer à l'Administrateur de territoire du lieu de l'accident

Ce certificat doit être établi lorsque l'incapacité de travail dépasse 60 jours.

| | |
|--|--|
| 1. — Nom et adresse du médecin | D ^r PORTNOI |
| 2. — Dénomination et adresse de l'hôpital ou du dispensaire auquel le médecin est attaché. | Hôpital de Kabgayi. |
| 3. — Nom, prénoms et adresse de la victime. | KARUSHONGA Angèle Gitarama. |
| 4. — N° du recensement de la victime | / |
| 5. — Date de l'accident | / |
| 6. — Nom et adresse de l'employeur | se trouve elle plus depuis 1952. Anjourant ministère à Biti (secteur de Kivumu) |
| 7. — Description de l'état actuel de la victime (aussi détaillée que possible) | Etat pléique satisfaisant. Pas troubles cardiaques et psychiques la rendant capable à l'enseignement |
| 8. — Nouvelle période d'incapacité de travail prévue | * Incapacité totale de jours. <i>définitive.</i> |
| 9. — Amélioration ou aggravation probable | * Incapacité partielle de % pendant jours. |
| 10. — Evolution probable de l'état de la victime. | * Guérison sans suite — décès — consolidation avec incapacité permanente de %. |
| 11. — Lieu où se trouve la victime (hôpital ou résidence) | Gitarama |
| 12. — La victime a-t-elle repris le travail chez le même employeur ? | non |
| Date de la reprise | |

(cachet du médecin)



Fait à Kabgayi ... le 9.10.1964
(signature)

[Handwritten signature]

* Biffer la mention inutile.

N. B. - Il y a lieu de renouveler ce certificat à l'expiration du délai d'incapacité prévu au n° 8 ci-dessus.

DATE DE RÉCEPTION PAR L'A. T. N° DE CLASSEMENT