Formulaire obligatoire en vertu des lois et règlements en vigueur (Article R 243 - 17 du Code S.S. et loi Finances du 29.12.90)

cerfa

N° 10123*04

PAPILLON A JOINDRE A VOTRE RÈGLEMENT
(VOIR DOCUMENT INFORMATIONS)

N° DE PIÈCE
PÉRIODE
N°

Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE

BÉNÉFICIAIRE DE L'ALLOCATION DE GARDE D'ENFANT À DOMICILE

Date limite de réception du versement :

Cet imprimé doit être envoyé **dans tous les cas** - même en l'absence de versement - sous peine des sanctions visées à l'article R 243-16 du Code de la Sécurité Sociale.

Vous **devez compléter** soit le cadre 1, soit le cadre 2, soit le cadre 3 et **signer votre déclaration.**

N° ALLOCATAIRE

DESTINATAIRE

CADRE 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
(à défaut date et lieu de naissance)

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé

Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux

Adresse

Départ définitif

1 Eléments de calcul des sommes dues

Nbre d'heures dans le trimestre | salaire net horaire

Sommes dues arrondies

Sans distinction d'âge						Salariés âgés de - de 65 ans
2 Sécurité Sociale	3 Contribution Sociale Généralisée	4 Contribution Remboursement Dette Sociale	5 Contribution Formation Professionnelle	6 IRCEM Retraite	7 IRCEM Prévoyance	8 ASSEDIC
Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait
Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel

Mettre un "D" dans cette colonne si tel est le cas

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE PERSONNE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé

Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux

Adresse

Nbre d'heures dans le trimestre | salaire net horaire

Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait
Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel

Si cet employé n'a pas de numéro de Sécurité Sociale, cochez la case ci-contre et reportez-vous au document "Informations" ☐

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

TOTAUX

A ajouter ou à déduire (selon justificatif joint)

Montants dus

NET À PAYER
Sécurité Sociale + Contribution Sociale Généralisée + Contribution au remboursement de la dette Sociale + Contribution à la formation professionnelle + IRCEM RETRAITE + IRCEM PRÉVOYANCE + ASSEDIC

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS

Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le : | | | | | | | |

☐ **DÉFINITIVEMENT**

☐ **TRÈS TEMPORAIREMENT.** Veuillez maintenir mon compte

DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE

A

Signature

Le

Si une indication figurant dans ce document est erronée, veuillez nous le signaler.

Modèle S. 2350 e

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Formulaire obligatoire en vertu des lois et règlements en vigueur (Article R 243 - 17 du Code S.S. et loi Finances du 29.12.90)

cerfa

N° 10123*04

PAPILLON A JOINDRE A VOTRE RÈGLEMENT
(VOIR DOCUMENT INFORMATIONS)

N° DE PIÈCE
PÉRIODE
N°

Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE

BÉNÉFICIAIRE DE L'ALLOCATION DE GARDE D'ENFANT À DOMICILE

Date limite de réception du versement :

Cet imprimé doit être envoyé **dans tous les cas** - même en l'absence de versement - sous peine des sanctions visées à l'article R 243-16 du Code de la Sécurité Sociale.

Vous **devez compléter** soit le cadre 1, soit le cadre 2, soit le cadre 3 et **signer votre déclaration.**

N° ALLOCATAIRE

DESTINATAIRE

CADRE 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
(à défaut date et lieu de naissance)

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé

Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux

Adresse

Départ définitif

1 Eléments de calcul des sommes dues

Nbre d'heures dans le trimestre | salaire net horaire

Sommes dues arrondies

Sans distinction d'âge						Salariés âgés de - de 65 ans
2 Sécurité Sociale	3 Contribution Sociale Généralisée	4 Contribution Remboursement Dette Sociale	5 Contribution Formation Professionnelle	6 IRCEM Retraite	7 IRCEM Prévoyance	8 ASSEDIC
Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait
Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel

Mettre un "D" dans cette colonne si tel est le cas

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE PERSONNE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé

Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux

Adresse

Nbre d'heures dans le trimestre | salaire net horaire

Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait
Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel

Si cet employé n'a pas de numéro de Sécurité Sociale, cochez la case ci-contre et reportez-vous au document "Informations" ☐

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

TOTAUX

A ajouter ou à déduire (selon justificatif joint)

Montants dus

NET À PAYER
Sécurité Sociale + Contribution Sociale Généralisée + Contribution au remboursement de la dette Sociale + Contribution à la formation professionnelle + IRCEM RETRAITE + IRCEM PRÉVOYANCE + ASSEDIC

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS

Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le : | | | | | | | |

☐ **DÉFINITIVEMENT**

☐ **TRÈS TEMPORAIREMENT.** Veuillez maintenir mon compte

DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE

A

Signature

Le

Si une indication figurant dans ce document est erronée, veuillez nous le signaler.

Modèle S. 2350 e

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Formulaire obligatoire en vertu des lois et règlements en vigueur (Article R 243 - 17 du Code S.S. et loi Finances du 29.12.90)

cerfa

N° 10123*04

PAPILLON A JOINDRE A VOTRE RÈGLEMENT
(VOIR DOCUMENT INFORMATIONS)

N° DE PIÈCE
PÉRIODE
N°

Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE

BÉNÉFICIAIRE DE L'ALLOCATION DE GARDE D'ENFANT À DOMICILE

Date limite de réception du versement :

Cet imprimé doit être envoyé **dans tous les cas** - même en l'absence de versement - sous peine des sanctions visées à l'article R 243-16 du Code de la Sécurité Sociale.

Vous **devez compléter** soit le cadre 1, soit le cadre 2, soit le cadre 3 et **signer votre déclaration.**

N° ALLOCATAIRE

DESTINATAIRE

CADRE 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
(à défaut date et lieu de naissance)

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé

Nom de naissance | Prénom | Nom de l'époux

Adresse

Départ définitif

1 Eléments de calcul des sommes dues

Nbre d'heures dans le trimestre | salaire net horaire

Sommes dues arrondies

Sans distinction d'âge						Salariés âgés de - de 65 ans
2 Sécurité Sociale	3 Contribution Sociale Généralisée	4 Contribution Remboursement Dette Sociale	5 Contribution Formation Professionnelle	6 IRCEM Retraite	7 IRCEM Prévoyance	8 ASSEDIC
Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait
Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel

Mettre un "D" dans cette colonne si tel est le cas

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE PERSONNE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé

Nom de naissance | Prénom | Nom de l'époux

Adresse

Nbre d'heures dans le trimestre | salaire net horaire

Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait
Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel

Si cet employé n'a pas de numéro de Sécurité Sociale, cochez la case ci-contre et reportez-vous au document "Informations" ☐

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

TOTAUX

A ajouter ou à déduire (selon justificatif joint)

Montants dus

NET À PAYER
Sécurité Sociale + Contribution Sociale Généralisée + Contribution au remboursement de la dette Sociale + Contribution à la formation professionnelle + IRCEM RETRAITE + IRCEM PRÉVOYANCE + ASSEDIC

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS

Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le :

☐ **DÉFINITIVEMENT**

☐ **TRÈS TEMPORAIREMENT.** Veuillez maintenir mon compte

DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE

A | Signature

Le

Si une indication figurant dans ce document est erronée, veuillez nous le signaler.

Modèle S. 2350 e

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Formulaire obligatoire en vertu des lois et règlements en vigueur (Article R 243 - 17 du Code S.S. et loi Finances du 29.12.90)

cerfa

N° 10123*04

PAPILLON A JOINDRE A VOTRE RÈGLEMENT
(VOIR DOCUMENT INFORMATIONS)

N° DE PIÈCE
PÉRIODE
N°

Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE

BÉNÉFICIAIRE DE L'ALLOCATION DE GARDE D'ENFANT À DOMICILE

Date limite de réception du versement :

Cet imprimé doit être envoyé **dans tous les cas** - même en l'absence de versement - sous peine des sanctions visées à l'article R 243-16 du Code de la Sécurité Sociale.

Vous **devez compléter** soit le cadre 1, soit le cadre 2, soit le cadre 3 et **signer votre déclaration.**

N° ALLOCATAIRE

DESTINATAIRE

CADRE 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE
(à défaut date et lieu de naissance)

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé

Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux

Adresse

Départ définitif

1 Eléments de calcul des sommes dues

Nbre d'heures dans le trimestre | salaire net horaire

Sommes dues arrondies

Sans distinction d'âge						Salariés âgés de - de 65 ans
2 Sécurité Sociale	3 Contribution Sociale Généralisée	4 Contribution Remboursement Dette Sociale	5 Contribution Formation Professionnelle	6 IRCEM Retraite	7 IRCEM Prévoyance	8 ASSEDIC
Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait
Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel

Mettre un "D" dans cette colonne si tel est le cas

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE PERSONNE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé

Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux

Adresse

Nbre d'heures dans le trimestre | salaire net horaire

Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait	Forfait
Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel	Salaire réel

Si cet employé n'a pas de numéro de Sécurité Sociale, cochez la case ci-contre et reportez-vous au document "Informations" ☐

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

TOTAUX

A ajouter ou à déduire (selon justificatif joint)

Montants dus

NET À PAYER
Sécurité Sociale + Contribution Sociale Généralisée + Contribution au remboursement de la dette Sociale + Contribution à la formation professionnelle + IRCEM RETRAITE + IRCEM PREVOYANCE + ASSEDIC

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS

Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le :

☐ **DÉFINITIVEMENT**

☐ **TRÈS TEMPORAIREMENT.** Veuillez maintenir mon compte

DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE

A

Signature

Le

Si une indication figurant dans ce document est erronée, veuillez nous le signaler.

Modèle S. 2350 e

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.