

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

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE SIMPLIFIÉE

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

Pour que votre Caisse d'Allocations Familiales ou de Mutualité Sociale Agricole acquitte à votre place directement à l'URSSAF une partie des cotisations dues, vous devez **OBLIGATOIREMENT**

retourner cette déclaration à l'URSSAF pour le :

DESTINATAIRE

N° ALLOCATAIRE

CADRE 1

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (à défaut date et lieu de naissance)			Départ définitif	Nbre d'heures effectuées dans le trimestre	SALAIRE HORAIRE NET	OPTION RETENUE pour le calcul des cotisations Cocher la case concernée
Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé				SALAIRE RÉEL
Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux				<input type="checkbox"/>
Adresse						<input type="checkbox"/>
						BASE FORFAITAIRE

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

Ces 3 colonnes doivent toujours être complétées

Le calcul des cotisations vous sera notifié par l'URSSAF.

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

N° de SÉCURITÉ SOCIALE			Départ définitif			OPTION RETENUE
Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé				SALAIRE RÉEL
Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux				<input type="checkbox"/>
Adresse						<input type="checkbox"/>
						BASE FORFAITAIRE

Si cet employé(e) 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.

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

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, 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.

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

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE SIMPLIFIÉE

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

Pour que votre Caisse d'Allocations Familiales ou de Mutualité Sociale Agricole acquitte à votre place directement à l'URSSAF une partie des cotisations dues, vous devez **OBLIGATOIREMENT**

retourner cette déclaration à l'URSSAF pour le :

DESTINATAIRE

N° ALLOCATAIRE

CADRE 1

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (à défaut date et lieu de naissance)			Départ définitif	Nbre d'heures effectuées dans le trimestre	SALAIRE HORAIRE NET	OPTION RETENUE pour le calcul des cotisations Cocher la case concernée
Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé				SALAIRE RÉEL
Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux				<input type="checkbox"/>
Adresse						<input type="checkbox"/>

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

Ces 3 colonnes doivent toujours être complétées

Le calcul des cotisations vous sera notifié par l'URSSAF.

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	Départ définitif			SALAIRE RÉEL
Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux				
Adresse						<input type="checkbox"/>

Si cet employé(e) 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.

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.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, 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.

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

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE SIMPLIFIÉE

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

Pour que votre Caisse d'Allocations Familiales ou de Mutualité Sociale Agricole acquitte à votre place directement à l'URSSAF une partie des cotisations dues, vous devez **OBLIGATOIREMENT**

retourner cette déclaration à l'URSSAF pour le :

DESTINATAIRE

N° ALLOCATAIRE

CADRE 1

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (à défaut date et lieu de naissance)			Départ définitif	Nbre d'heures effectuées dans le trimestre	SALAIRE HORAIRE NET	OPTION RETENUE pour le calcul des cotisations Cocher la case concernée
Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé				SALAIRE RÉEL
Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux				<input type="checkbox"/>
Adresse						<input type="checkbox"/>

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

Ces 3 colonnes doivent toujours être complétées

Le calcul des cotisations vous sera notifié par l'URSSAF.

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

N° de Sécurité Sociale			Départ définitif	Nbre d'heures effectuées dans le trimestre	SALAIRE HORAIRE NET	OPTION RETENUE pour le calcul des cotisations Cocher la case concernée
Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé				SALAIRE RÉEL
Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux				<input type="checkbox"/>
Adresse						<input type="checkbox"/>

Si cet employé(e) 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.

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.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, 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.

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

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE SIMPLIFIÉE

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

Pour que votre Caisse d'Allocations Familiales ou de Mutualité Sociale Agricole acquitte à votre place directement à l'URSSAF une partie des cotisations dues, vous devez **OBLIGATOIREMENT**

retourner cette déclaration à l'URSSAF pour le :

DESTINATAIRE

N° ALLOCATAIRE

CADRE 1

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (à défaut date et lieu de naissance)			Départ définitif	Nbre d'heures effectuées dans le trimestre	SALAIRE HORAIRE NET	OPTION RETENUE pour le calcul des cotisations Cocher la case concernée
Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé				SALAIRE RÉEL
Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux				<input type="checkbox"/>
Adresse						<input type="checkbox"/>

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

Ces 3 colonnes doivent toujours être complétées

Le calcul des cotisations vous sera notifié par l'URSSAF.

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	Départ définitif			SALAIRE RÉEL
Nom de naissance	Prénom	Nom de l'époux				
Adresse						<input type="checkbox"/>

Si cet employé(e) 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.

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.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, 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.