

Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale 1/4 N° 10117*03 et d'Allocations Familiales

N° DE PIÈCE
PÉRIODE
N°

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE

ASSISTANTES MATERNELLES

Date limite d'envoi à la CAF ou la MSA :

Date limite d'envoi :

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.

Numéro d'allocataire

DESTINATAIRE

IMPORTANT : Pour remplir la présente déclaration veuillez vous reporter aux informations figurant à la page "informations"

CADRE 1 IDENTIFICATION DE L'ASSISTANTE MATERNELLE		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Réservé	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (à défaut date et lieu de naissance)	1	2	3	4	5	6	7
	N° de Sécurité Sociale	1	2	3	4	5	6	7
	Date d'agrément	SALAIRES RÉELS NETS TRIMESTRIELS						
Nom de naissance	Prénom	SOMMES DUES						
Adresse		3 4 6						
		5 7						

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE ASSISTANTE MATERNELLE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Réservé	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	1	2	3	4	5	6	7
	N° de Sécurité Sociale	1	2	3	4	5	6	7
	Date d'agrément	SALAIRES RÉELS NETS TRIMESTRIELS						
Nom de naissance	Prénom	SOMMES DUES						
Adresse		3 4 6						
		5 7						

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS		MONTANTS DUS						
Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le : [] [] [] [] [] []		Totaux →						
<input type="checkbox"/> DÉFINITIVEMENT <input type="checkbox"/> TRÈS TEMPORAIREMENT. Veuillez maintenir mon compte		À ajouter ou à déduire (selon justificatif joint) →						
DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE À [] Signature Le []		Montants dus →						
		NET À PAYER (TOTAL des cotisations et contributions) →						

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.

Déterminez cette bande avant de retourner la déclaration à la CAF ou la MSA ou l'URSSAF selon le cas

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

DATE D'ARRIVÉE À LA CAF OU À LA MSA

Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale 2/4 N° 10117*03 et d'Allocations Familiales

N° DE PIÈCE
PÉRIODE
N°

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE

ASSISTANTES MATERNELLES

Date limite d'envoi à la CAF ou la MSA :

Date limite d'envoi :

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.

Numéro d'allocataire

DESTINATAIRE

IMPORTANT : Pour remplir la présente déclaration veuillez vous reporter aux informations figurant à la page "informations"

CADRE 1 IDENTIFICATION DE L'ASSISTANTE MATERNELLE		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Réservé	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (à défaut date et lieu de naissance)	1	2	3	4	5	6	7
	N° de Sécurité Sociale	1	2	3	4	5	6	7
	Date d'agrément	SALAIRES RÉELS NETS TRIMESTRIELS						
Nom de naissance	Prénom	SOMMES DUES						
	Nom de l'époux	3 4 6						
Adresse		5 7						

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE ASSISTANTE MATERNELLE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Réservé	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	1	2	3	4	5	6	7
	N° de Sécurité Sociale	1	2	3	4	5	6	7
	Date d'agrément	SALAIRES RÉELS NETS TRIMESTRIELS						
Nom de naissance	Prénom	SOMMES DUES						
	Nom de l'époux	3 4 6						
Adresse		5 7						

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le : [] [] [] [] [] []		Totaux						
<input type="checkbox"/> DÉFINITIVEMENT <input type="checkbox"/> TRÈS TEMPORAIREMENT. Veuillez maintenir mon compte		À ajouter ou à déduire (selon justificatif joint)						
DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE À [] Signature Le []		Montants dus						
Si cet(te) employé(e) n'a pas de numéro de Sécurité Sociale, cochez la case ci-contre et reportez-vous à la page "informations" <input type="checkbox"/>		NET À PAYER (TOTAL des cotisations et contributions)						
Mettre un "D" dans cette colonne si tel est le cas								

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.

Déterminez cette bande avant de retourner la déclaration à la CAF ou la MSA ou l'URSSAF selon le cas

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

DATE D'ARRIVÉE À LA CAF OU À LA MSA



Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale 3/4 N° 10117*03 et d'Allocations Familiales

N° DE PIÈCE
PÉRIODE
N°

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE

ASSISTANTES MATERNELLES

DESTINATAIRE

Date limite d'envoi à la CAF ou la MSA :

Date limite d'envoi :

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.

Numéro d'allocataire

IMPORTANT : Pour remplir la présente déclaration veuillez vous reporter aux informations figurant à la page "informations"

CADRE 1 IDENTIFICATION DE L'ASSISTANTE MATERNELLE		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Réservé	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (à défaut date et lieu de naissance)	1	2	3	4	5	6	7
	N° de Sécurité Sociale	1	2	3	4	5	6	7
	Date d'agrément	SALAIRES RÉELS NETS TRIMESTRIELS						
Nom de naissance	Prénom	SOMMES DUES						
	Nom de l'époux	3 4 6						
Adresse		5 7						

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE ASSISTANTE MATERNELLE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Réservé	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	1	2	3	4	5	6	7
	N° de Sécurité Sociale	1	2	3	4	5	6	7
	Date d'agrément	SALAIRES RÉELS NETS TRIMESTRIELS						
Nom de naissance	Prénom	SOMMES DUES						
	Nom de l'époux	3 4 6						
Adresse		5 7						

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le : [] [] [] [] [] []		Totaux						
<input type="checkbox"/> DÉFINITIVEMENT <input type="checkbox"/> TRÈS TEMPORAIREMENT. Veuillez maintenir mon compte		À ajouter ou à déduire (selon justificatif joint)						
DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE À [] Signature Le []		Montants dus						
Si cet(te) employé(e) n'a pas de numéro de Sécurité Sociale, cochez la case ci-contre et reportez-vous à la page "informations" <input type="checkbox"/>		NET À PAYER (TOTAL des cotisations et contributions)						
Mettre un "D" dans cette colonne si tel est le cas								

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.

Déterminez cette bande avant de retourner la déclaration à la CAF ou la MSA ou l'URSSAF selon le cas

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

DATE D'ARRIVÉE À LA CAF OU À LA MSA

Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale 4/4 N° 10117*03 et d'Allocations Familiales

N° DE PIÈCE
PÉRIODE
N°

DÉCLARATION NOMINATIVE TRIMESTRIELLE

ASSISTANTES MATERNELLES

Date limite d'envoi à la CAF ou la MSA :

Date limite d'envoi :

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.

Numéro d'allocataire

DESTINATAIRE

IMPORTANT : Pour remplir la présente déclaration veuillez vous reporter aux informations figurant à la page "informations"

CADRE 1 IDENTIFICATION DE L'ASSISTANTE MATERNELLE		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Réservé	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (à défaut date et lieu de naissance)	1	2	3	4	5	6	7
	N° de Sécurité Sociale	1	2	3	4	5	6	7
	Date d'agrément	SALAIRES RÉELS NETS TRIMESTRIELS						
Nom de naissance	Prénom	SOMMES DUES						
	Nom de l'époux	3 4 6						
Adresse		5 7						

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE ASSISTANTE MATERNELLE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues		CALCUL DES SOMMES DUES arrondies						
Réservé	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	1	2	3	4	5	6	7
	N° de Sécurité Sociale	1	2	3	4	5	6	7
	Date d'agrément	SALAIRES RÉELS NETS TRIMESTRIELS						
Nom de naissance	Prénom	SOMMES DUES						
	Nom de l'époux	3 4 6						
Adresse		5 7						

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS		MONTANTS DUS						
Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le : [] [] [] [] [] []		Totaux						
<input type="checkbox"/> DÉFINITIVEMENT		3 4 6						
<input type="checkbox"/> TRÈS TEMPORAIREMENT. Veuillez maintenir mon compte		5 7						
DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE		À ajouter ou à déduire (selon justificatif joint)						
À [] Signature		Montants dus						
Le []		NET À PAYER (TOTAL des cotisations et contributions)						

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.

Déterminez cette bande avant de retourner la déclaration à la CAF ou la MSA ou l'URSSAF selon le cas

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

DATE D'ARRIVÉE À LA CAF OU À LA MSA