



Adresse postale: B.P. 2208 - L-1022 Luxembourg

Téléphone 247-85 353 Fax: 40 59 88

Demande de remboursement des charges sociales (après un CIE)

(article L.543-22 du Code du Travail)

DECLARATION TRIMESTRIELLE

Il est dû à l'entreprise soussignée _____

le montant de _____ € en toutes lettres _____

à titre de remboursement des cotisations de sécurité sociale à la suite de l'embauchage de M/Mme _____

ASSURANCE ACCIDENT

classe: _____

taux: _____

MUTUALITE

classe: _____

taux: _____

DECOMPTE

| <u>Mois</u> | <u>Salaire brut</u> | <u>Part patronale</u> | <u>Part assuré</u> |
|------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Mois de _____ | _____ € | _____ € | _____ € |
| 2. Mois de _____ | _____ € | _____ € | _____ € |
| 3. Mois de _____ | _____ € | _____ € | _____ € |
| | | ===== | ===== |
| | Total: | _____ € | Total: _____ € |

! Les copies des fiches de salaire des mois concernés sont à joindre au décompte !

L'employeur autorise l'Administration de l'Emploi à accéder aux indications ci-avant fournies auprès du Centre Commun de la sécurité sociale aux fins de vérification.

_____ lieu et date

_____ cachet et signature de l'entreprise

La loi du 2 août 2002 relative à la protection des données des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel prévoit que l'administré soit informé que les réponses à ce formulaire ne peuvent servir qu'à d'autres fins que le traitement de l'aide à l'embauche de chômeurs âgés et de chômeurs de longue durée. Conformément aux termes de la prédite législation, le droit d'accès, de rectification et de suppression des données est garanti.