

Période de Septembre, Octobre, Novembre 2011

Date limite d'envoi : 29 février 2012

(décret n° 2010-1784 du 31 décembre 2010)

2113V0

Si le formulaire principal ne suffit pas pour déclarer tous vos contrats de travail sur les trois mois indiqués, veuillez compléter ce feuillet complémentaire et le renvoyer dans la même enveloppe que le formulaire principal à votre centre RSTA. Ne pas renvoyer ces documents avec l'enveloppe T jointe à votre formulaire préétabli RSTA.

Pour un traitement rapide de votre dossier, merci de respecter les consignes suivantes :

- Ecrire en lettres majuscules avec un stylo à encre noire.
- Inscrire une lettre ou un chiffre par case sans déborder et sans rature.
- Utiliser vos bulletins de paie pour renseigner les informations sur votre employeur et sur votre salaire.
- Ne pas oublier de dater et de signer dans la zone prévue à cet effet.

Attention, ce formulaire envoyé seul n'est pas recevable, il doit obligatoirement être joint à un formulaire préétabli.

Votre NOM DE NAISSANCE <input style="width: 95%; height: 1.2em;" type="text"/> PRENOM <input style="width: 95%; height: 1.2em;" type="text"/> Département de naissance <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Commune ou Pays de naissance <input style="width: 80%; height: 1.2em;" type="text"/> ADRESSE Numéro <input style="width: 20px;" type="text"/> Bis, Ter <input style="width: 20px;" type="text"/> Nature et Nom de la voie <input style="width: 80%; height: 1.2em;" type="text"/> Complément d'adresse <input style="width: 95%; height: 1.2em;" type="text"/> CODE POSTAL <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> COMMUNE <input style="width: 80%; height: 1.2em;" type="text"/>	Votre NOM D'EPOUSE OU D'EPOUX (s'il y a lieu) <input style="width: 95%; height: 1.2em;" type="text"/> DATE DE NAISSANCE <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
---	--

DECLARATION SUR L'HONNEUR DU SALAIRE

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce feuillet complémentaire (recto et verso) et je m'engage à fournir tous les justificatifs qui me seraient demandés. Je suis informé(e) que ces renseignements pourront être vérifiés auprès de mon (mes) employeur(s).

Fait à Le Signature

La loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites dans ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.
 La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 114-13 et L 114-17 du code de la sécurité sociale, art. 441-1 et 441-7 du code pénal).

Veuillez répondre aux différentes questions pour chaque mois et pour chacun de vos employeurs.

■ Employeur complémentaire 1

SIRET ou REFERENCE de l'employeur <input style="width: 95%; height: 1.2em;" type="text"/>	Raison sociale ou NOM de l'employeur <input style="width: 95%; height: 1.2em;" type="text"/>
CODE POSTAL <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	COMMUNE <input style="width: 80%; height: 1.2em;" type="text"/>

	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE
• Si votre contrat de travail a débuté pendant le mois, indiquez la date de début de votre contrat	<input style="width: 20px;" type="text"/> septembre	<input style="width: 20px;" type="text"/> octobre	<input style="width: 20px;" type="text"/> novembre
• Si votre contrat de travail a pris fin pendant le mois, indiquez la date de fin de votre contrat	<input style="width: 20px;" type="text"/> septembre	<input style="width: 20px;" type="text"/> octobre	<input style="width: 20px;" type="text"/> novembre
• Votre contrat de travail était-il un contrat d'apprentissage ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
• Votre contrat de travail était-il un Contrat à Durée Indéterminée ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
• Si non, votre contrat de travail était-il d'une durée d'au moins 1 mois ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
• Votre durée habituelle de travail était-elle d'au moins 35 h par semaine ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
• Si non, indiquez le nombre d'heures par semaine (inférieur à 35 heures) prévu par votre contrat de travail	<input style="width: 20px;" type="text"/> h <input style="width: 20px;" type="text"/> mn	<input style="width: 20px;" type="text"/> h <input style="width: 20px;" type="text"/> mn	<input style="width: 20px;" type="text"/> h <input style="width: 20px;" type="text"/> mn
• Salaire brut total du mois	<input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> E	<input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> E	<input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> E
• Si vous avez effectué des heures supplémentaires ou complémentaires, indiquez la part du salaire brut correspondant à ces heures	<input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> E	<input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> E	<input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> E

Cadre réservé à la caisse N° Demande :

Suite au dos

VOTRE NOM

VOTRE PRENOM

Veillez répondre aux différentes questions pour chaque mois et pour chacun de vos employeurs.

■ Employeur complémentaire 2

SIRET ou REFERENCE de l'employeur

Raison sociale ou NOM de l'employeur

CODE POSTAL

COMMUNE

- Si votre contrat de travail a débuté pendant le mois, indiquez la date de début de votre contrat
- Si votre contrat de travail a pris fin pendant le mois, indiquez la date de fin de votre contrat
- Votre contrat de travail était-il un contrat d'apprentissage ?
- Votre contrat de travail était-il un Contrat à Durée Indéterminée ?
Si non, votre contrat de travail était-il d'une durée d'au moins 1 mois ?.....
- Votre durée habituelle de travail était-elle d'au moins 35 h par semaine ?
- Si **non**, indiquez le nombre d'heures **par semaine** (inférieur à 35 heures) prévu par votre contrat de travail
- Salaire **brut** total du mois
- Si vous avez effectué des heures supplémentaires ou complémentaires, indiquez la part du salaire brut correspondant à ces heures

SEPTEMBRE

 septembre

 septembre
OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON
 h mn

 , E

 , E

OCTOBRE

 octobre

 octobre
OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON
 h mn

 , E

 , E

NOVEMBRE

 novembre

 novembre
OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON
 h mn

 , E

 , E

■ Employeur complémentaire 3

SIRET ou REFERENCE de l'employeur

Raison sociale ou NOM de l'employeur

CODE POSTAL

COMMUNE

- Si votre contrat de travail a débuté pendant le mois, indiquez la date de début de votre contrat
- Si votre contrat de travail a pris fin pendant le mois, indiquez la date de fin de votre contrat
- Votre contrat de travail était-il un contrat d'apprentissage ?
- Votre contrat de travail était-il un Contrat à Durée Indéterminée ?
Si non, votre contrat de travail était-il d'une durée d'au moins 1 mois ?.....
- Votre durée habituelle de travail était-elle d'au moins 35 h par semaine ?
- Si **non**, indiquez le nombre d'heures **par semaine** (inférieur à 35 heures) prévu par votre contrat de travail
- Salaire **brut** total du mois
- Si vous avez effectué des heures supplémentaires ou complémentaires, indiquez la part du salaire brut correspondant à ces heures

SEPTEMBRE

 septembre

 septembre
OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON
 h mn

 , E

 , E

OCTOBRE

 octobre

 octobre
OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON
 h mn

 , E

 , E

NOVEMBRE

 novembre

 novembre
OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON
 h mn

 , E

 , E

■ Employeur complémentaire 4

SIRET ou REFERENCE de l'employeur

Raison sociale ou NOM de l'employeur

CODE POSTAL

COMMUNE

- Si votre contrat de travail a débuté pendant le mois, indiquez la date de début de votre contrat
- Si votre contrat de travail a pris fin pendant le mois, indiquez la date de fin de votre contrat
- Votre contrat de travail était-il un contrat d'apprentissage ?
- Votre contrat de travail était-il un Contrat à Durée Indéterminée ?
Si non, votre contrat de travail était-il d'une durée d'au moins 1 mois ?.....
- Votre durée habituelle de travail était-elle d'au moins 35 h par semaine ?
- Si **non**, indiquez le nombre d'heures **par semaine** (inférieur à 35 heures) prévu par votre contrat de travail
- Salaire **brut** total du mois
- Si vous avez effectué des heures supplémentaires ou complémentaires, indiquez la part du salaire brut correspondant à ces heures

SEPTEMBRE

 septembre

 septembre
OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON
 h mn

 , E

 , E

OCTOBRE

 octobre

 octobre
OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON
 h mn

 , E

 , E

NOVEMBRE

 novembre

 novembre
OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON
 h mn

 , E

 , E

Cadre réservé à la caisse

N° Demande :