

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE – ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

À REMPLIR MENSUELLEMENT PAR L'EMPLOYEUR

Votre employé(e) travaille à temps partiel thérapeutique. Afin de permettre le règlement des indemnités journalières, veuillez nous retourner cette attestation dûment remplie et signée, au début de chaque mois suivant le mois à compléter.

Employeur	Identification
N° SIRET	_____
N° Étude	_____
ÉTUDE (EN CAPITALES) : _____	
Téléphone	_____
Fax	_____
Employé(e)	Identification
N° INSEE (S.S.)	_____
N° CRPCEN	_____
NOM DE NAISSANCE (EN CAPITALES) : _____	
NOM D'ÉPOUX(SE) (EN CAPITALES) : _____	
Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____	
Code postal	_____
VILLE :	_____

Temps partiel thérapeutique	Déclaration
Préciser la période du mois à compléter pendant laquelle l'employé(e) a travaillé à temps partiel thérapeutique.	
Date de début	_____
Date de fin	_____
incluse	
Salaire mensuel net*	Déclaration
Salaire net* de référence ; veuillez préciser le salaire mensuel que vous auriez réglé si l'employé(e) avait travaillé le temps prévu dans son contrat de travail.	
	_____ €
Salaire net* réglé	
	_____ €
*Salaire net = Salaire brut auquel vous avez soustrait les charges salariales, la CSG et la CRDS.	

Subrogation	Déclaration
<input type="checkbox"/> Pas de maintien du salaire, les indemnités sont versées à l'employé(e).	
<input type="checkbox"/> Maintien du salaire, les indemnités sont versées à l'employeur :	
<input type="checkbox"/> en totalité	
<input type="checkbox"/> seulement pour la période du _____ au _____ inclus	

Salaire mensuel	Pièce à joindre
Veuillez joindre : – une copie du bulletin de salaire pour le mois à compléter.	
Fait le	_____
Cachet et signature de l'employeur	