



# Formulaire de demande de PRIME À L'EMBAUCHE

SECTEUR PUBLIC

## L'employeur

Dénomination, raison sociale : .....

Enseigne : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés si différente de l'adresse ci-dessus :

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

N° de Siret : .....

Statut de l'employeur (cf. tableau 1 de la notice) : .....

Effectif salarié au 31 décembre (N-1) : .....

Représentant légal : .....

Nom / prénom : .....

Fonction : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Personne chargée de la présente demande (si différente) : .....

Nom / prénom : .....

Fonction : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

L'employeur déclare être à jour des versements de ses cotisations et contributions sociales.

L'employeur déclare que l'embauche ne vise pas à procéder à un remplacement d'un salarié licencié pour un motif autre que faute grave ou lourde.

L'employeur déclare qu'il n'a pas procédé à un licenciement économique dans les 12 mois précédent la date d'embauche (art. L1233-45 CT).

## L'offre d'emploi

Intitulé du poste : .....

Type de contrat :  CDI  CDD  Contrat d'apprentissage

Contrat de professionnalisation

Nature des fonctions occupées : .....

Date d'embauche : .....

Lieu d'exécution du contrat (si différente de l'adresse de l'employeur) : .....

Date prévue de fin d'embauche : .....

Adresse : .....

Durée hebdomadaire de travail prévue du salarié : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Durée collective hebdomadaire de travail appliquée dans

Niveau de formation (cf. tableau 2 de la notice) : .....

l'établissement : .....

Expériences professionnelles : .....

Savoir-faire et connaissances : .....

Permis obligatoire :  oui  non

Si oui, lequel : .....

L'employeur atteste que la demande constitue une nouvelle embauche et non le renouvellement d'un contrat existant.

L'employeur atteste qu'il n'a pas déjà été procédé à un recrutement sur le poste demandé.

## Engagement et signature

### Documents à fournir

- RIB à jour au nom de la structure demandeuse
- Contrat de travail et attestation de déclaration d'embauche
- Attestation de paiement des cotisations et contributions sociales datant de moins de 6 mois
- Fiche de poste

### Signature et qualité du signataire

Je soussigné(e) .....

agissant en ma qualité de .....

certifie exacts les renseignements indiqués dans la présente demande.

Fait à ..... le .....

## Partie réservée à l'administration

Date de réception de la demande :

### Avis de la commission

Date de réunion de la commission : .....	Motivation : ..... ..... .....
Avis : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	
Date d'effet de la prise en charge : .....	
Date de fin de la prise en charge : .....	
Nombre de périodes de 30 jours retenues pour le calcul de la subvention : .....	

Montant de la subvention \* : ..... € correspondant à ..... mois pour une durée hebdomadaire de travail de ..... h.  
 \* dans la limite des crédits disponibles

Mode de calcul de la prise en charge : **500 € par mois ou période de 30 jours dans la limite de 3000 € maximum.**

*Exemple d'un CDD de plus de 6 mois ou CDI.*

*Nombre de période de 30 jours ou mois complets réalisés : 6*

*Montant de prime dû :*

- Pour un salarié à temps complet 35 h hebdomadaire :  $500 \text{ €} \times 6 = 3\,000 \text{ €}$
- Pour un salarié à temps complet 26 h / semaine :  $500 \text{ €} \times (26 / 35) \times 6 = 2\,228 \text{ €}$

Signature :

### Le salarié

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom : .....	Bénéficiaire du RSA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom d'usage : .....	Si oui, numéro allocataire : .....
Prénoms : .....	Jeunes issus de l'ASE / MNA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Né(e) le : .....	Bénéficiaire AAH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
À : .....	
Adresse : .....	
Code postal : ..... Commune : .....	
Téléphone : .....	
Courriel : .....	

Prescripteur : .....

### Paiement

Ligne : 45362      Chapitre : 017 Nature : 6568 Fonction : 564 N° tiers : .....	Visa (tampon et signature) :
N° engagement : .....	
Date de pré-mandatement : .....	

CE DOCUMENT EST UN JUSTIFICATIF DE PAIEMENT.