



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 précédant la date d'embauche (art. L1233-45 CT).

L'offre d'emploi

Intitulé du poste :

Nature des fonctions occupées :

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

Adresse :

Code postal : Commune :

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

Expériences professionnelles :

Savoir-faire et connaissances :

Permis obligatoire : ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel :

Type de contrat : ☐ CDI ☐ CDD ☐ Contrat d'apprentissage
☐ Contrat de professionnalisation

Date d'embauche :

Date prévue de fin d'embauche :

Durée hebdomadaire de travail prévue du salarié :

Durée collective hebdomadaire de travail appliqué dans
l'établissement :

- ☐ 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.

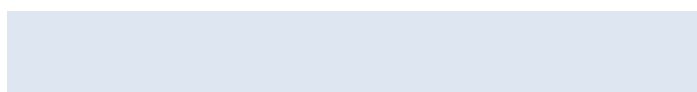
Engagement et signature

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 : _____
Avis : ☐ Favorable ☐ 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 : _____

Motivation : _____

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

☐ M. ☐ Mme Nom : _____
Nom d'usage : _____
Prénoms : _____
Né(e) le : _____
À : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone : _____
Courriel : _____

Bénéficiaire du RSA : ☐ oui ☐ non
Si oui, numéro allocataire : _____
Jeunes issus de l'ASE / MNA : ☐ oui ☐ non
Bénéficiaire AAH : ☐ oui ☐ non

Prescripteur : _____

Paieement

Ligne : 45362 Chapitre : 017
Nature : 6568
Fonction : 564
N° tiers : _____
N° engagement : _____
Date de pré-mandatement : _____

Visa (tampon et signature) : _____