



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 :

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 :

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 appliquée 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 :	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.