

1 ÉTABLISSEMENT dans lequel est inscrit le salarié

Nom Etabl. :

SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° Contrat : | | | | | | | | | | | | | | | |

2 INTERLOCUTEUR EN CAS DE BESOIN

Nom/Prénom :

Tél. :

Email :

3 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

Nom de famille :

Nom de naissance :

Prénom :

N°SS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4 CONDITIONS D'EMPLOI DU SALARIÉ

Date d'embauche dans l'association : | J | J | M | M | A | A |

Statut au moment de l'arrêt :

Non Cadre Cadre

Temps de travail au moment de l'arrêt :

Temps complet Temps partiel à%

5 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INVALIDITÉ

*Rappel : 6 mois d'ancienneté requis au 1er jour
d'arrêt ayant entraîné la mise en invalidité*

Date de l'arrêt de travail ayant entraîné l'invalidité : | J | J | M | M | A | A |

Date de mise en invalidité : | J | J | M | M | A | A |

En cas d'invalidité préciser,

1^{ère} Catégorie

2^{ème} Catégorie

3^{ème} Catégorie

Le salarié exerce-t-il une activité à temps partiel après sa mise en invalidité ? Oui Non

CCN BRANCHE AIDE À DOMICILE

Déclaration de mise en invalidité (suite)

6 ÉLÉMENTS DE SALAIRE À RETENIR POUR LE CALCUL DE LA PRESTATION

SALAIRE BRUT SOUMIS À COTISATIONS		SALAIRE RECONSTITUÉ, EN CAS D'ABSENCE	
Mois (1)	Salaire brut	Brut reconstitué (2)	Motif de l'absence
m-1			
m-2			
m-3			
m-4			
m-5			
m-6			
m-7			
m-8			
m-9			
m-10			
m-11			
m-12			
TOTAL			

⁽¹⁾ Mois civils précédant l'arrêt de travail

⁽²⁾ Salaire brut que le salarié aurait perçu s'il avait exercé une activité normale

7 Documents à joindre à la présente déclaration

- Douze bulletins de salaire précédant l'arrêt ayant entraîné la mise en invalidité.
- Notification d'attribution d'une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale précisant le montant définitif de la rente.
- Attestation de ressources relative au 1^{er} mois d'invalidité dûment remplie, accompagnée des pièces justificatives le cas échéant.
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB) de l'assuré.
- Si l'assuré n'était pas imposable au titre des revenus N-2, photocopie de l'avis de non imposition.

8 Fait à, le

Signature et cachet de l'employeur :