



## PARTICIPATION AUX FRAIS DE PERSONNEL OCCASIONNÉS PAR L'ENGAGEMENT D'UN BÉNÉFICIAIRE D'UNE INDEMNITÉ D'INSERTION

### Formulaire de demande mensuelle

[Loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti](#)



**Avis important :** Le formulaire signé est à renvoyer, accompagné des pièces justificatives, doit parvenir à **GSL Fiduciaire s.à r.l.** (7, rue Portland, L-4281 Esch-sur-Alzette) au plus tard **le 25 du mois** qui suit le mois auquel elle a trait.

La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](http://www.adobe.com).

### 1. Saisie

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

Mensualité concernée \* : Année \* :  Mois \* :

#### Coordonnées de l'employeur

Nom de l'entreprise \* :

Numéro d'identification \* :  |  |

Numéro, rue \* :

Localité \* :  L \* :

Nom, prénom du responsable \* :

Téléphone \* :  E-mail \* :

#### Coordonnées bancaires de l'entreprise

Nom de la banque \* :

Compte bancaire (IBAN) \* :

Code BIC \* :

#### Coordonnées du salarié

Nom \* :

Prénom \* :

Numéro d'identification \* :  |  |

#### Détails du contrat de travail :

Nature du contrat \* :  Contrat à durée déterminée du  au

Contrat à durée indéterminée à partir du

Période d'essai du  au

Horaire de travail \* :  heures par semaine (  modifié par avenant<sup>1)</sup> en date du  )

1) Le premier formulaire de demande mensuelle, renseignant une modification de l'horaire par avenant au contrat initial, doit être accompagné d'une copie de cet avenant



Le salaire brut du travailleur pour le mois indiqué s'élève à :  €

Part patronale des charges sociales selon les taux de cotisation ci-après :  €

assurance-pension  %

santé travail  %

assurance-maladie  %

mutualité des employeurs  %

assurance-accidents  %

allocations familiales  %

### Périodes de congés remboursés ou pris en charge par un organisme tiers

par la Mutualité/AAA (80%) :  non  oui du  au  =  h. de travail

par la CNS :  non  oui du  au  =  h. de travail

Congé pour raisons familiales :  non  oui du  au  =  h. de travail

Congé d'accompagnement :  non  oui du  au  =  h. de travail

## 2. Pièces justificatives

### Le premier formulaire de demande mensuelle doit être accompagné:

- d'une copie du contrat de travail
- d'une copie de la lettre de la Mutualité des Employeurs déterminant la classe et le taux de cotisation<sup>1)</sup>

### Dans tous les cas :

- Copie de la fiche de salaire
- Copie de la pièce bancaire dont ressort que le virement de ce salaire pour le mois en question a été exécuté
- En cas de virement collectif pour le paiement des salaires de l'ensemble de son personnel, le signataire de la présente demande doit en plus certifier par déclaration signée séparée que le montant net correspondant au brut déclaré, déduction faite d'éventuelles saisies, a été viré au salarié.

1) est aussi à joindre chaque janvier

## 3. Signature

### La(les) signature(s) ci-après certifie(nt) la conformité des données fournies

Je soussigné(e)

demande une participation aux frais de personnel occasionnés par l'engagement de la personne renseignée dans le présent formulaire. Je certifie que les données ci-dessus sont sincères et exactes.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à \* :

Le :

(signature)

### (En cas de pouvoir de signature conjointe)

Nom :

Prénom  
du responsable :

(signature)