

AIDE A L'EMBAUCHE DU PREMIER SALARIE

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Décret n° 2015-806 du 3 juillet 2015

Réservé à l'administration

N° d'enregistrement du contrat de travail :

dépt		année de dépôt		mois de dépôt		n° ordre			avenant		

L'EMPLOYEUR

Dénomination, raison sociale : _____

N° SIRET : _____

Code NAF2 : _____

Adresse :

Statut de l'employeur : _____ (voir notice)

N° : _____ Rue ou voie : _____

Code IDCC : _____

Complément d'adresse : _____

Se référer au site : www.travail.gouv.fr/idcc

Code postal : _____ Commune : _____

Effectif salariés au 31 décembre : _____

☎ _____

Paiement par virement : fournir un RIB de l'employeur (voir notice)

Courriel : _____ @ _____

- Pour une première prise en charge, je déclare sur l'honneur ne pas avoir été lié à un salarié par un contrat de travail poursuivi au-delà de la période d'essai depuis au moins 12 mois.
- Pour une nouvelle prise en charge, je déclare sur l'honneur que le contrat de travail du salarié initialement recruté entre le 9 juin 2015 et le 8 juin 2016 a fait l'objet d'une rupture anticipée pour l'un des motifs prévus à l'article 1 du décret n° 2015-806 du 3 juillet 2015 (rupture au cours de la période d'essai, retraite, démission, licenciement pour faute grave, pour faute lourde, pour inaptitude, décès).

Il ne doit être coché qu'une seule déclaration sur l'honneur

LE SALARIÉ

M. Mme. Nom de famille : _____

Numéro IDE : _____

Nom d'usage : _____

(Si salarié inscrit à Pôle Emploi)

Prénoms : _____

Né(e) le : _____

Adresse du salarié :

À : _____

N° : _____ Rue ou voie : _____

Département : _____

Complément d'adresse : _____

Si né à l'étranger, pays de naissance : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ _____

Courriel : _____ @ _____

LE CONTRAT DE TRAVAIL

Date de signature du contrat de travail : _____

Date de début du contrat de travail : _____

Date de fin prévue du contrat de travail (en cas de CDD) : _____

Durée hebdomadaire de travail du salarié : _____ h _____ minutes

Durée hebdomadaire de la convention collective pour un salarié à temps plein : _____ h _____ minutes

L'employeur ou son représentant :

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande,
- déclare avoir pris connaissance des conditions générales figurant dans la notice en annexe et s'engage à les respecter,
- s'engage à tenir à disposition de l'ASP tout document permettant d'effectuer le contrôle de l'exactitude des déclarations,
- certifie sur l'honneur que cette aide n'est pas cumulée avec une autre de l'Etat à l'insertion, à l'accès au retour à l'emploi versée au titre du même salarié.

Fait à : _____, Le _____

L'employeur ou son représentant : (Nom et qualité du signataire - Cachet de l'entreprise)

NOTICE

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE ET CIRCUIT DES DOCUMENTS

L'employeur remplit cet imprimé, l'imprime et le signe.

L'imprimé original doit être accompagné des documents suivants :

- les coordonnées de paiement (RIB) sur lesquelles l'aide sera versée par l'Agence de Services et de Paiement ;
- le contrat de travail du salarié embauché.

L'employeur doit transmettre l'imprimé de demande accompagné **de toutes les pièces demandées** à l'Agence de Services et de Paiement dont il dépend (<http://www.asp-public.fr> rubrique emploi/insertion).

L'employeur conserve une copie de la demande de prise en charge.

TABLEAU 1 : STATUT DE L'EMPLOYEUR

98	Groupement d'employeurs
99	Autre entreprise

Identifiant convention collective :

L'identifiant convention collective est un code attribué par le Ministère chargé du travail pour identifier les conventions collectives.

La liste complète de ces codes est disponible sur internet à l'adresse suivante :

www.travail.gouv.fr/idcc

CONDITIONS GÉNÉRALES

Conditions à respecter pour bénéficier de l'aide :

L'entreprise doit embaucher son premier salarié en CDI ou en CDD d'une durée au moins égale à 12 mois. La date de début du contrat du salarié doit être comprise entre le 9 juin 2015 et le 8 juin 2016.

Afin de pouvoir bénéficier de l'aide de l'Etat, la demande de prise en charge doit être signée et adressée par l'entreprise à l'ASP dans un délai maximum de six mois suivant la date de début d'exécution du contrat de travail du salarié.

Les particuliers employeurs ne sont pas éligibles à l'aide.

Aide financière de l'Etat :

L'aide de l'Etat est versée à terme échu tous les trois mois par l'ASP.

L'aide de l'Etat versée à l'entreprise au titre de l'embauche de son premier salarié est au maximum égale à un montant total fixé à 4000 €.

Le versement trimestriel de l'aide de l'Etat est subordonné à la justification par l'employeur de la présence effective de son salarié. Cette justification est effectuée par l'employeur au moyen du téléservice SYLAé.

L'aide de l'Etat n'est pas due pour les périodes d'absence du salarié sans maintien de sa rémunération par l'entreprise.

Modalités de contrôle :

L'ASP est chargée de contrôler l'exactitude des éléments déclarés par l'entreprise lui permettant de bénéficier de l'aide de l'Etat.

L'entreprise fournit à l'ASP, à sa demande, les documents nécessaires à ce contrôle. A défaut de transmission à l'ASP des documents demandés dans un délai d'un mois, le versement de l'aide est suspendu.

En cas d'inexactitude des informations déclarées, l'entreprise est tenue de reverser à l'ASP l'intégralité de l'aide de l'Etat déjà versée.