

MODÈLE DE DEMANDE relative au rescrit social

Le rescrit social vous permet d'interroger votre Urssaf sur l'application, à votre situation, de réglementations spécifiques de Sécurité sociale.

Ce questionnaire constitue une aide à la formulation de votre demande auprès de votre Urssaf.

Votre demande portant sur une situation donnée peut concerner un ou plusieurs de vos salariés.

Elle doit être transmise à l'Urssaf soit par lettre recommandée avec accusé de réception soit déposée contre décharge et accompagnée, le cas échéant, des pièces justificatives.

Raison sociale de l'entreprise :

Adresse du siège social :

Adresse(s) de(s) l'établissement(s) objet(s) de la demande :

N° Siret :

N° de compte Urssaf :

Urssaf de liaison si versement des cotisations en lieu unique (VLU) :

Code APE de l'entreprise :

INFORMATIONS RELATIVES A L'ASSOCIATION

■ L'association était présente au 1^{er} janvier 2004 dans une ZFU **OUI NON**
Si NON, elle a été

- créée dans une ZFU postérieurement au 1^{er} janvier 2004 **OUI NON**

- transférée dans une ZFU postérieurement au 1^{er} janvier 2004 **OUI NON**

Indiquer la date de la création ou du transfert

■ L'association est à jour de ses obligations sociales, selon les modalités particulières du dispositif ZFU, pour l'ensemble de ses établissements à la date à laquelle elle a appliqué ou souhaite appliquer l'exonération **OUI NON**

Si l'association a d'autres établissements que celui faisant l'objet de ce questionnaire, préciser leur numéro Siret et leur adresse

n° Siret	Adresse	Effectif

■ La déclaration d'embauche a été envoyée pour chaque embauche dans les 30 jours de la date d'effet du contrat de travail **OUI NON**

La déclaration de mouvements de main d'œuvre de l'année précédente a été adressée au plus tard le 30 janvier de l'année suivante **OUI NON**

Si cette déclaration annuelle n'a pas été adressée au 30 janvier, indiquer sa date d'envoi

- L'activité de l'association est imposable dans la catégories des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux OUI NON
 Si OUI, l'association a appliqué ou applique l'exonération applicable aux entreprises des ZFU OUI NON
- L'association a d'autres établissements que celui faisant l'objet de cette demande, situés dans la même ZFU ou ZRU que ce dernier OUI NON
 Si OUI, préciser le numéro Siret, l'adresse et l'effectif de cet ou ces établissements

n° Siret	Adresse	Effectif

- L'établissement concerné par cette demande dispose a minima des moyens lui permettant de réaliser la partie administrative de son activité (*branchement eau, EDF, Télécom, ordinateur...*) OUI NON
- Cet établissement dispose des éléments d'exploitation ou de stocks nécessaires à la réalisation d'une activité économique effective OUI NON

INFORMATIONS RELATIVES AUX SALAIRES

- L'exonération est déjà appliquée à un ou plusieurs salariés de l'établissement objet de cette demande. OUI NON
 Indiquer le nombre de salariés concernés en équivalent temps plein.
 L'exonération est déjà appliquée pour d'autres établissements de l'association OUI NON
 Indiquer le nombre de salariés concernés en équivalent temps plein.
- L'employeur cotise à l'Assédic pour tous les salariés concernés par l'exonération OUI NON
 Si NON, préciser les noms, prénoms, date de naissance et qualité des salariés auxquels est appliquée l'exonération et pour lesquels l'employeur ne cotise pas à l'assurance chômage

- Tous les salariés concernés par l'exonération sont sous contrat de travail à durée indéterminée (CDI) ou déterminée (CDD) d'au moins 12 mois OUI NON

- Tous les salariés concernés par l'exonération ont la qualité de résident* de la Zone urbaine sensible, de la ZRU ou de la ZFU d'implantation de l'association OUI NON

* le salarié a la qualité de résident s'il réside dans la zone depuis au moins trois mois consécutifs : au 1^{er} janvier 2004 si le contrat est en cours d'exécution à cette date dans l'établissement, à la date d'implantation ou de création de l'établissement dans la zone postérieurement au 1^{er} janvier 2004 si son contrat est en cours d'exécution auprès de et établissement à cette date, à la date d'effet de son embauche s'il est recruté postérieurement.

Pour les salariés résidant en Zone urbaine sensible (ZUS), indiquer leur nom, leurs dates d'embauche et de début de résidence dans la ZUS.

- Tous les salariés concernés par l'exonération exercent leur activité dans la ZFU ou dans la ZRU d'implantation de l'association et y réalisent plus de la moitié de l'horaire prévu à leur contrat de travail OUI NON

- Les salariés bénéficiant de l'exonération :

- étaient présents dans l'établissement en ZFU ou en ZRU au 01/01/04 ou à la date d'implantation si elle est postérieure OUI NON
- ont été embauchés dans l'établissement depuis l'implantation en ZFU ou en ZRU OUI NON
- ont été transférés d'un autre établissement non situé en ZFU ou en ZRU OUI NON
- ont été transférés d'un établissement implanté dans une ZFU ou une ZRU vers une autre ZFU ou ZRU OUI NON

- Si OUI**, des embauches ont été effectuées postérieurement au transfert OUI NON

Si OUI, indiquer le nombre de salariés employés dans la ou les zones d'origine, avant la date d'implantation ou de création dans la zone de destination : sous CDI ou CDD d'au moins 12 mois, dont l'emploi entraîne l'obligation d'assurance chômage et dont le contrat est en cours d'exécution ou suspendu avec versement de rémunération.

- Il y a eu transfert de contrat de travail suite à une modification de la situation juridique de l'employeur d'origine **OUI** **NON**
Si OUI, indiquer la date de cette modification, le nombre de contrats transférés ainsi que les noms, adresses et numéros Siret de(s) établissement(s) d'origine

L'employeur d'origine bénéficiait de l'exonération ZFU spécifique « association » **OUI** **NON**
Si OUI, préciser la date de début de cette exonération

- L'exonération est appliquée au titre de salariés pour lesquels l'employeur bénéficie par ailleurs d'aides de l'Etat à l'emploi, d'autres exonération de cotisations patronales de Sécurité sociale, de taux réduits, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations **OUI** **NON**
Si OUI, indiquer les mesures concernées et leur date d'effet

Indiquez les éléments que vous jugez nécessaires pour permettre à l'Urssaf d'apprécier votre situation

CERTIFIÉ COMPLET ET EXACT

Je :

Signature

Qualité du signataire :

Cachet de l'établissement :

Les articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantissent un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant.