**DÉCLARATION DE REMBOURSEMENT – COTISATIONS SOCIALES COOPERANT**

*Base légale: Loi modifiée du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement et l’action humanitaire*

|  |  |
| --- | --- |
| **Dénomination sociale de l'employeur**AdresseAdresse | Matricule employeur Tél:email: |
| IBAN | Code BIC |
| **Nom du coopérant****Prénom du coopérant** | Matricule nationale :      Date de l’arrêté ministériel :       |
| Début de la période sollicitée (JJ/MM/AA) :      | Fin de la période sollicitée (JJ/MM/AA) :      |
| (1) Salaire brut*(1) Montant retenu dans l’arrêté ministériel.* |  | Classe mutuelle |  *1 2 3 4 Pas de mutuelle**[ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]*  |
| **Total de l’avance payée par l’employeur au titre de la part patronale**  |  |
| Documents à joindre à la déclaration : (*Les demandes incomplètes ne seront pas traitées et renvoyées à l’expéditeur)* [ ]  Arrêté ministériel accordant l’octroi du statut de coopérant ou de coopérant assimilé. [ ]  Tableau récapitulatif détaillant le remboursement sollicité. [ ]  Attestation ou certificat de versement des cotisations sociales pour la période sollicitée. [ ]  Fiches de salaire du bénéficiaire pour la période sollicitée. [ ]  Justificatif de la classe mutuelle de l’employeur (si affiliation) [ ]  Le coopérant a déjà bénéficié de remboursements de cotisations sociales pour des périodes antérieures. Période du       au       Période du       au        Période du       au       Période du       au        Période du       au       Période du       au        |
| Le signataire certifie la conformité des données fournies.  |

**Date et signature**

**Cachet de l’employeur**