**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**  Adresse  Adresse | | 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**