****

|  |
| --- |
| **Demande de remboursement d’un salaire maintenu par l’employeur**Conformément à l’a[rticle L 1232-11](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006901009) et à l’article L 1232-9 du Code du travail |

***1/ Information préalable :***

|  |  |
| --- | --- |
| Mois - Année |  |
| Dénomination de l’entreprise |  |
| Adresse de l’établissement de l’employeur |  |
| Nom et Prénom du conseiller du salarié |  |
| Durée total de la ou des périodes d’absence ayant donné lieu au maintien de salaire | Heures (entières) |

***2/ Calcul du montant du remboursement :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Montant du salaire maintenu  | Montant des avantages maintenus  | Montant des charges sociales correspondantes  | **Total A+B+C** |
| (A) | (B) | (C) |
|  |  |  |  |

***3/ Pièces justificatives à joindre à la demande :***

* La ou les attestations des salariés bénéficiaires de l’assistance
* La copie du bulletin de paie du conseiller du salarié pour le mois concerné

*Signature de l’employeur*

*Signature du conseiller du salarié*

Ce formulaire est à retourner, complété et accompagné des pièces demandées, à la DEETS de Mayotte