CHÈQUE EMPLOI associatif

N° Vert 0 800 1901 00
Gratuit depuis un poste fixe

DEMANDE D'ADHÉSION

À déposer auprès de la banque de votre association

Encore plus simple : réalisez toutes vos déclarations sur Internet

www.cea.urssaf.fr

volet 1/3

L'association employeur

N° SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **NAF** |_|_|_|_|_|

* Si l'association ne dispose pas de n° Siret, remplissez la déclaration sur **www.cfe.urssaf.fr** ou contactez votre Urssaf ou le centre national CEA qui se chargera des formalités d'attribution.

Convention collective *(en toutes lettres)* .....

Horaire collectif mensuel |_|_|_| h |_|_| min

(Nombre d'heures de travail à temps complet dans votre association. La durée légale de travail est à ce jour de 151 h 67, soit 151 h 40 min ou 35 h par semaine)

Dénomination *(en toutes lettres)* .....
.....
.....

Adresse complète *(figurant dans les statuts de l'association)*
.....
.....
.....

Code postal |_|_|_|_|_|

Ville .....

❒ Agrément *Sport*
Date |_|_|_|_|_|_|_|

❒ Agrément *Jeunesse - éducation populaire*
Date |_|_|_|_|_|_|_|

❒ Déclaration *Accueils collectifs de mineurs à caractère éducatif (ex Centres de loisirs)*
Date |_|_|_|_|_|_|_|

❒ Affiliation à une fédération sportive agréée
Date |_|_|_|_|_|_|_|

❒ Association d'étudiants à caractère pédagogique

❒ Sans agrément

Personne à contacter et adresse de correspondance

Nom ..... **Prénom** ..... **Qualité** .....

Téléphone ..... **E-mail** ..... **Fax** .....

Adresse *(si différente de l'adresse ci-dessus, par exemple celle du président, trésorier...)* ....

.....

Code postal |_|_|_|_|_| **Ville** .....

Choix du carnet de volets sociaux

❒ Je souhaite commander un carnet de volets sociaux et payer mes salariés avec les moyens de paiement de mon association (virement, chèque, espèces).

❒ Je souhaite commander un carnet de volets sociaux avec titres de paiement pour payer mes salariés.

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'Urssaf. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec l'Urssaf.

NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR
.....
.....
.....

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR (1)

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Urssaf de .....
.....
.....

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
.....
.....
.....

Date : Signature :

COMPTE A DEBITER

identifiant international de compte bancaire (IBAN) |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

identifiant international de l'établissement bancaire (BIC) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Merci de joindre un RIB ou un RICE

(1) Pour l'obtenir, contacter votre Urssaf ou le centre national Chèque Emploi Associatif

Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80-010 du 01/04/80 de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

02/2011 DA-CEA-FE

CHÈQUE EMPLOI associatif

N° Vert 0 800 1901 00
Gratuit depuis un poste fixe

DEMANDE D'ADHÉSION

Pour le remplissage, reportez-vous au feuillet explicatif, volet 3/3

www.cea.urssaf.fr

volet 2/3

N° Siret |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Raison sociale :** .....

Vos organismes de protection sociale

Nom du service de santé au travail : .....

Affiliation obligatoire des salariés NON CADRES

Retraite complémentaire (à remplir obligatoirement)		Nom de l'organisme	Tranche	Part salarié	Part employeur
11	Arrco*		T 1	%	%
			T 2	%	%
12	Arrco*		T 1	%	%
			T 2	%	%

*Si votre association est affiliée à l'Ircantec, remplacer la mention Arrco par Ircantec

Retraite supplémentaire	Nom de l'organisme et numéro de contrat	Tranche	Part salarié	Part employeur
31	Nom de l'organisme :	T 1	%	%
	N° de contrat :	T 2	%	%
32	Nom de l'organisme :	T 1	%	%
	N° de contrat :	T 2	%	%

Prévoyance	Nom de l'organisme et numéro de contrat	Tranche	Part salarié		Part employeur			
							Dont risques non complémentaires	
			Taux	Forfait	Taux	Forfait	Taux	Forfait
41	Nom de l'organisme :	T 1	%	€	%	€	%	€
	N° de contrat :	T 2	%	€	%	€	%	€
		Totalité	%	€	%	€	%	€
42	Nom de l'organisme :	T 1	%	€	%	€	%	€
	N° de contrat :	T 2	%	€	%	€	%	€
		Totalité	%	€	%	€	%	€

Soins santé	Nom de l'organisme et numéro de contrat	Tranche	Part salarié		Part employeur	
			Taux	Forfait	Taux	Forfait
45	Nom de l'organisme :	T 1	%	€	%	€
	N° de contrat :	T 2	%	€	%	€
		Totalité	%	€	%	€
46	Nom de l'organisme :	T 1	%	€	%	€
	N° de contrat :	T 2	%	€	%	€
		Totalité	%	€	%	€

Renseignements complémentaires

Votre association est-elle soumise *à la taxe et à la contribution d'apprentissage :* oui ☐ non ☐ *; à la taxe sur les salaires :* oui ☐ non ☐ *; à la contribution à la formation professionnelle continue :* oui ☐ non ☐

Le salarié est-il un assistant maternel ou familial : oui ☐ non ☐

Souhaitez-vous utiliser le dispositif pour déclarer des salariés cadres : oui ☐ non ☐

Si vous cochez oui, nous vous adresserons un imprimé complémentaire spécifique dans les meilleurs délais.

Déclaration sur l'honneur

❒ Je soussigné(e), nom .....
représentant légal de l'association déclare
- que l'association exerce une activité non lucrative,
- occuper au plus neuf salariés équivalents temps plein (tous établissements confondus)
- adhérer au dispositif Chèque Emploi Associatif,
- m'engager à n'utiliser le Chèque Emploi Associatif qu'avec l'accord des salariés concernés.

Date :

❒ **Je déclare utiliser le dispositif CEA pour les périodes d'emploi débutant à compter du** |_|_|_|_|_|_|

❒ **Je déclare gérer tous mes salariés dans le dispositif CEA**
oui ☐ non ☐

Signature :

02/2011 DA-CEA-FE

CHÈQUE EMPLOI associatif

N° Vert 0 800 1901 00
Gratuit depuis un poste fixe

DEMANDE D'ADHÉSION

Feuillet explicatif

Afin de permettre un traitement rapide et optimal de votre demande d'adhésion, nous vous invitons à compléter précisément toutes les rubriques.

volet 3/3

AGRÉMENT

La Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)* délivre :
- un agrément *Sport* pour une activité sportive,
- un agrément *Jeunesse - éducation populaire* pour une activité non sportive.

**Anciennement DDJS (Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports)*

CHOIX DU CARNET DE VOLETS SOCIAUX

Indiquez votre choix en cochant la case d'une des deux propositions.

VOS ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

Service de santé au travail

Vous devez obligatoirement prendre contact avec un service de santé au travail.

Régimes de retraite complémentaire et supplémentaire et régimes de prévoyance avec affiliation obligatoire

Il vous appartient d'affilier votre association aux organismes obligatoires de retraite et de prévoyance.
Afin de garantir les droits à prestations de vos salariés, vous complétez précisément les zones relatives aux différents organismes de protection sociale dont vous dépendez (nom, mise en place du régime, taux ou forfaits applicables ainsi que la répartition entre la part salariale et la part employeur).

| Retraite complémentaire **(À remplir dans tous les cas)**

Les taux indiqués ne doivent pas comprendre la cotisation AGFF (association pour la gestion du fonds de financement de l'Agirc et de l'Arrco) qui est calculée automatiquement.
Si votre association est affiliée à l'Ircantec, remplacer la mention Arrco par Ircantec.

| Retraite supplémentaire, prévoyance et soins santé

Vous complétez ces lignes uniquement si la convention collective applicable à votre association rend obligatoire l'affiliation de votre salarié à un ou plusieurs de ces régimes.
En ce qui concerne la prévoyance, dans la zone "dont risques non complémentaires" vous devez indiquer, le cas échéant, la part employeur du financement du maintien de salaire en cas d'arrêt de travail (maladie ou accident du travail) sur la période pendant laquelle vous êtes tenu de maintenir tout ou partie de la rémunération en application de la loi ou d'un accord collectif, ainsi que les risques non couverts par la Sécurité sociale (indemnité de fin de carrière...). Ce taux ou ce forfait doit vous être communiqué par l'organisme assureur.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Si vous souhaitez utiliser le Chèque Emploi Associatif pour déclarer des salariés cadres, il vous suffit de renseigner la zone prévue à cet effet. Le centre national Chèque Emploi Associatif vous adressera dans les plus brefs délais un imprimé complémentaire spécifique.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Date d'effet de l'adhésion au Chèque Emploi Associatif

Le centre national Chèque Emploi Associatif prendra en compte vos déclarations au premier jour du mois de la date d'effet (Exemple : pour une déclaration d'utilisation du dispositif au 27/01/10, vos déclarations seront prises en compte à compter du 01/01/10).

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter le

Centre national Chèque Emploi Associatif
13, boulevard Allende - 62064 Arras cedex 9
www.cea.urssaf.fr