

CONVENTION D'AIDE DE L'ETAT AU REMPLACEMENT D'UN(E) SALARIÉ(E) EN CONGÉ DE MATERNITÉ OU D'ADOPTION

En application de l'article L.122-25-2-1 du Code du Travail

ENTRE L'ETAT, représenté par le Préfet de département ou, par délégation, le Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle,

ET L'EMPLOYEUR ci-dessous :

N° de Convention :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de dépôt de la demande :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Raison sociale : _____		N° SIRET : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adresse : _____			
Code Postal :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Commune :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Statut de l'employeur (tableau 1) :	<input type="text"/>	Code NAF :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Effectif salarié moyen de l'entreprise :	<input type="text"/> <input type="text"/> (voir notice au verso)	Code IDCC (voir notice) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Représenté par : M. _____			
Paiement par virement : bancaire <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/> (joindre un RIB ou un RIP de l'employeur)			
IL EST CONVENU QUE LE OU LA SALARIÉ(E) :			
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : _____			
Prénom : _____ Nom patronymique : _____			
Né(e) le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationalité : France / UE / Hors UE (rayer la mention inutile)			
Occupant l'emploi de : _____ Qualification (tableau 2) : <input type="text"/> <input type="text"/>			
Congé (tableau 3) : <input type="text"/> date de début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> date de fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
SERA REMPLACÉ(E) PAR :			
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : _____			
Prénom : _____ Nom patronymique : _____			
Né(e) le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationalité : France / UE / Hors UE (rayer la mention inutile)			
qui occupera l'emploi de : _____ Qualification (tableau 2) : <input type="text"/> <input type="text"/>			
Remplacement : date de début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> date de fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> durée hebdo (heures) : <input type="text"/> h <input type="text"/>			
Emploi à : temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/>			
Type de contrat de travail (tableau 4) : <input type="text"/>			
Situation du salarié avant le remplacement : Demandeur d'emploi inscrit ou pas à l'ANPE <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>			
Raison sociale de l'employeur en cas de mise à disposition : _____			
Adresse : _____			
RESERVÉ À L'ADMINISTRATION :			
L'Etat apporte à l'entreprise une aide dont le montant est fixé à : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €			

Le versement de l'aide de l'Etat est assuré par le Cnasea

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales figurant au verso.

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Fait le : _____ à _____
Pour l'Etat
(Signature et cachet)

NOTICE

DEMANDE D'AIDE

La demande d'aide est déposée par l'employeur, au plus tard trois mois après l'embauche ou la mise à disposition du salarié remplaçant, auprès du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) du département de l'établissement où est employé le salarié remplacé.

Cette demande est accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- copie du contrat de travail ou de la convention de mise à disposition ;
- RIB ou RIP de l'employeur.

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Code IDCC : le code identifiant de la convention collective de branche appliquée par l'établissement signataire de la convention dans le cadre de l'exécution du contrat de travail du salarié remplacé. Ce code peut être obtenu sur le site du ministère chargé du travail www.travail.gouv.fr/idcc.

AIDE DE L'ETAT

Le montant de l'aide forfaitaire est de 400 euros. Elle est accordée une seule fois pour une même période de congé de maternité ou d'adoption. Ainsi, si le remplaçant quitte l'entreprise avant le terme de son contrat, l'employeur ne pourra bénéficier une nouvelle fois de l'aide s'il procède à un nouveau recrutement afin de remplacer le même salarié en congé de maternité ou d'adoption.

A l'inverse, l'employeur qui recrute une seule et même personne pour remplacer deux salariés partis en congé de maternité ou d'adoption que ce soit concomitamment ou successivement percevra une aide pour chaque salarié remplacé soit deux fois 400 euros. Une convention sera remplie pour chaque salarié remplacé.

L'aide est versée sur présentation au DDTEFP des bulletins de salaire du remplaçant ou des factures de l'entreprise de travail temporaire ou du groupement d'employeurs l'ayant mis à disposition.

RUPTURE DU CONTRAT

L'employeur doit signaler au Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et au Cnasea toute rupture du contrat de travail du remplaçant qui surviendrait avant le terme de la convention.

En cas de non respect par l'employeur des dispositions prévues à l'article R.122-9-4 du code du travail, l'aide forfaitaire n'est pas due à l'employeur. S'il l'a déjà reçue, il est tenu de la reverser intégralement à l'Etat.

Toutefois, en cas de faute grave du remplaçant, de force majeure, de rupture au titre de la période d'essai ou en cas de rupture anticipée à l'initiative du remplaçant, l'aide forfaitaire reste acquise à l'employeur.

La détermination du seuil de cinquante salariés est effectuée de la manière suivante :

- sont considérés comme occupant moins de cinquante salariés les employeurs dont le nombre mensuel moyen de salariés a été au plus égal à quarante neuf pendant l'année civile précédant la date de conclusion de la convention signée entre l'Etat et l'employeur. Lorsque l'employeur n'a pas exercé son activité durant une année civile complète avant la date de signature de la convention, la période à prendre en compte pour la détermination du nombre de salariés est celle comprise entre la date de début d'activité et la date de signature de la convention. Le niveau des effectifs est calculé selon les modalités prévues par les articles L.620-10 et L.620-11 du Code du Travail.
- ne comptent pas pour ce calcul, les titulaires de contrats de travail qui ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'effectif pour l'application de dispositions législatives ou réglementaires qui se réfèrent à une condition d'effectif minimum (CES, CEC, CIE, CAE, Contrat d'apprentissage, Contrat de professionnalisation, Contrat de formation en alternance, ...).

CODIFICATION

TABLEAU 1 STATUT DE L'EMPLOYEUR

- 01** Société commerciale
- 02** Société civile
- 03** Association
- 04** Coopérative
- 05** Mutuelle
- 06** Groupement d'intérêt économique
- 07** Organisme consulaire
- 08** Profession libérale
- 09** Etablissement public à caractère industriel et commercial
- 10** Exploitation agricole
- 11** Artisan inscrit au registre des métiers
- 12** Autre

TABLEAU 2 QUALIFICATION

- 01** Manœuvre et ouvrier spécialisé
- 03** Ouvrier qualifié et ouvrier hautement qualifié
- 06** Employé, personnel de service
- 07** Technicien, technicien supérieur
- 09** Agent de maîtrise
- 10** Ingénieur, cadre

TABLEAU 3 CONGÉ

- 01** Congé maternité
- 02** Congé pour adoption

TABLEAU 4 TYPE DE CONTRAT DE TRAVAIL

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1 Contrat à durée déterminée | 3 Mise à disposition par une entreprise de travail temporaire |
| 2 Contrat à durée indéterminée | 4 Mise à disposition par un groupement d'employeurs |