



CAISSE NATIONALE DE RETRAITES DES AGENTS
DES COLLECTIVITES LOCALES

Tél. : 05 56 11 38 38 Fax : 05 62 27 80 62
rec.bcrb@caissedesdepots.fr

Demande de remboursement de contributions
versées à la CNRACL au profit des CCAS et
CIAS pour des agents sociaux exerçant des
activités d'aide à domicile.

Modèle R3

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Nom

Adresse

N° de contrat à la CNRACL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° Siret |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Affaire suivie par

Nom

Téléphone

Email

Récapitulatif des montants à rembourser par année		
Année	Montant à rembourser	Nb agents
TOTAL/€		

Périodes à régulariser du au

Montant du remboursement demandé (en lettres) :

Demande d'exonération complémentaire à un remboursement déjà effectué :

OUI	NON
-----	-----

Le représentant de la collectivité certifie sincère et véritable le présent état (page 1 et tableaux simplifiés d'exonération) et demande que le remboursement soit effectué sur le compte ouvert auprès du comptable public du trésorier de la collectivité, dont RIB ci-joint.

Fait à , le

(Signature, qualité et cachet du représentant de la collectivité)

Pièces à joindre :

- tableaux simplifiés d'exonération annexés
- copies des arrêtés de nomination
- attestation sur l'honneur de l'employeur précisant pour chaque agent concerné que celui-ci exerce son activité d'agent social au domicile privé des bénéficiaires et non en maison de retraite ou en EHPAD
- copie d'un contrat type de location ou contrat de séjour pour les logements foyers
- relevé d'identité bancaire

N° Contrat CNRACL:		CCAS/CIAS de				Année d'activité	
Nom et Prénom de l'agent	N° de Sécurité Sociale	Grade	Durée activité		Rémunération ANNUELLE de base	Montant de la rémunération ANNUELLE à exonérer	Contribution ANNUELLE à rembourser
			<i>Temps total effectué</i>	<i>Temps total exonéré</i>			
Nombre d'agents :						Total :	