

Démarche : Frais de santé - demande de subvention des centres de soins (état déclaratif)

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux centres de soins de la Manche de compléter et transmettre une demande de subvention.

Identification

Nom du centre de soins

Adresse du centre de soins

Numéro FINESS

Dans quel département est situé le centre de soins ?

Indiquez le numéro du département

Trimestre de référence

Période du

Format jj/mm/aaaa

Frais de santé - demande de subvention des centres de soins (état déclaratif)

Au

Format jj/mm/aaaa

Déclare sur l'honneur les montants suivants :

Montant de l'assiette totale des cotisations maladies dues par le centre en qualité d'employeur

Montant de la part de cette assiette correspondant aux personnels salariés médicaux et paramédicaux

Montant total des cotisations maladies dues pour ces personnels par le centre en qualité d'employeur avant réduction de charges pour bas salaires

Montant de réduction charges pour bas salaires

Montant total des cotisations maladies réellement versées par le centre en qualité d'employeur pour ces personnels

Indication du nombre total de personnel salarié médical ou paramédical employé par le centre

Pièce justificative

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre l'attestation de versement des cotisations délivrée par l'URSSAF

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Engagement

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa