



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE L'INSERTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CONSEILLER DU SALARIE

Articles L.1232-4, L.1232-11 et D.1232-4 et suivants du Code du Travail

**Demande de remboursement d'un salaire maintenu
par un employeur**

Mois de 20.....

Nom et prénoms ou dénomination de l'entreprise
Adresse de l'établissement employeur

Nom du conseiller

Durée totale de la ou les période(s) d'absence ayant donné lieu au maintien du salaire

heures (entières)

Montant du salaire maintenu (A)

€

Montant du salaire maintenu (B)

€

Charges sociales correspondantes (C)

€

Pièces justificatives à joindre :
<ul style="list-style-type: none">• La ou les attestations des salariés bénéficiaires de l'assistance ;• Pour la première demande de l'année :<ul style="list-style-type: none">- photocopie de la déclaration fiscale de l'année précédente ;- attestation de revenus signée par l'employeur

Signature du conseiller du salarié

Signature de l'employeur