

Démarche : Fichier employeur : Demande d'accompagnement dans un maintien d'emploi d'un(e) salarié(e) en arrêt de longue date

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle entreprise

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Mon salarié est en arrêt de travail depuis plus de 90 jours. Je souhaite faire un signalement à la Cellule Prévention de la Désinsertion Professionnelle pour un maintien en emploi.

Mon salarié est en arrêt de travail depuis plus de 90 jours. Je souhaite faire un signalement à la Cellule Prévention de la Désinsertion Professionnelle pour un maintien en emploi.

Identification de l'entreprise

Nom de l'entreprise

Adresse de l'entreprise

SIRET
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Identification du déclarant

Votre nom

Fichier employeur : Demande d'accompagnement dans un maintien d'emploi d'un(e) salarié(e) e

Prénom

Email

Numéro de téléphone

Identification du salarié(e) concerné(e)

Nom du/de la salarié(e) concerné(e)

Prénom

Adresse

Son numéro de Sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie dépend le(la) salarié(e) concerné(e) ?

Indiquez le département de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de rattachement du salarié

Arrêt de travail

Date de début de l'arrêt de travail

Format jj/mm/aaaa

Date de fin de l'arrêt de travail

Format jj/mm/aaaa

Votre signalement

Indiquez ici tous les éléments qui motivent votre demande

Tous les documents que vous jugerez nécessaire de nous transmettre

Fichier employeur : Demande d'accompagnement dans un maintien d'emploi d'un(e) salarié(e) e

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

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

En cochant cette case, le salarié donne son accord pour transmettre sa demande au service d'action sociale (sans cet accord, le dossier sera transmis au service médical)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait

Indiquez la commune

Le

Format jj/mm/aaaa