Annexe 1

PRÉFET
DU PAS-DE-CALAIS
Liberté
Égalité
Fraternité

CONSEILLER DU SALARIE

Articles L 1232-8 à L 1232-11, L 1237-12 et D 1232-4 et suivants du code du travail

Demande de remboursement d'un salaire maintenu par un employeur

Dépt AISNE ☐ ***Dépt OISE*** ☐ ***Dépt PAS DE CALAIS*** ☐ ***Dépt SOMME*** ☐ ***Dépt NORD*** ☐

(à cocher impérativement)

Nom et prénom du conseiller du salarié : Mois et année :

Identification de l'entreprise (raison sociale et SIRET)
Adresse de l'établissement employeur (+ adresse mail et n° de téléphone)

Montant du salaire maintenu (A)	***Montant des avantages maintenus (B)***	***Charges sociales correspondantes (C)***	***Montant total du salaire maintenu à rembourser (A+B+C)***
€	€	€	€

Pièces justificatives à joindre :

- La ou les attestations des salariés bénéficiaires de l'assistance (annexe 2)
- Le bulletin de salaire du conseiller du salarié du mois concerné par l'assistance
- Le RIB de l'établissement concerné par le SIRET mentionné ci-dessus

Signature du conseiller du salarié ***Signature de l'employeur*** ***Réservé à l'administration***

Formulaire (1 seul pour 1 mois, toutes les assistances du même mois doivent être regroupées sur une seule annexe) à adresser à : DDETS 62 – 14 voie Bossuet – 62000 ARRAS ou à ddets-conseillerdusalarie@pas-de-calais.gouv.fr