

DÉCLARATION  
NOMINATIVE  
TRIMESTRIELLE

SALARIÉS OCCUPÉS AU SERVICE DE PARTICULIERS  
AUTRES QU'EMPLOYÉS FAMILIAUX, ASSISTANTES  
MATERNELLES, EMPLOYÉS AU PAIR, STAGIAIRES  
AIDES-FAMILIAUX ÉTRANGERS

DESTINATAIRE

Date limite d'envoi :

Cet imprimé doit être envoyé **dans tous les cas** - même en l'absence de versement - sous peine des sanctions visées à l'article R 243-16 du Code de la Sécurité Sociale.

Vous **devez compléter** soit le cadre 1, soit le cadre 2, soit le cadre 3 et **signer votre déclaration**.

CADRE 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (à défaut date et lieu de naissance)			Départ définitif	Eléments de calcul des sommes dues	SOMMES DUES ARRONDIES				
					sans distinction d'âge				- de 65 ans
4	SECURITE SOCIALE	5 CONTRIBUTION SOCIALE GENERALISEE	6 CONTRIBUTION REMBOURSEMENT DETTE SOCIALE	7 IRCAM Retraite	8 Assédic				
1 Nbre d'heures effectuées dans le trimestre :									
2 Nbre de jours d'accueil dans le trimestre :									
3 Salaire net total trimestriel :									

• Êtes-vous exonéré des cotisations patronales de Sécurité Sociale dans le cadre de l'accueil à titre onéreux ? oui ☐ non ☐

• Si "non" souhaitez-vous faire une demande d'exonération dans le cadre de l'accueil à titre onéreux oui ☐ non ☐ (1)

Les cases 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 doivent toujours être complétées. Si vous êtes hébergé(e) par une famille d'accueil complétez également la case 2.

Mettre un "D" dans cette colonne si tel est le cas

(1) Voir indications à la page informations

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE PERSONNE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues

Reservé	N° de Sécurité Sociale	Reservé	1 Nbre d'heures effectuées dans le trimestre :					
			2 Nbre de jours d'accueil dans le trimestre :					
			3 Salaire net total trimestriel :					

Si cet(te) employé(e) n'a pas de numéro de Sécurité Sociale, cochez la case ci-contre et reportez-vous à la page "Informations" ☐

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

Totaux ➡					
À ajouter ou à déduire (selon justificatif joint) ➡					
Montants dus ➡					
NET À PAYER (TOTAL des cotisations et contributions) ➡					

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS

Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le : | | | | | | |

☐ DÉFINITIVEMENT

☐ TRÈS TEMPORAIREMENT. Veuillez maintenir mon compte

DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE

À Signature

Le

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Si une indication figurant dans ce document est erronée, veuillez nous le signaler.

Modèle S. 2330c

Détachez cette bande avant de retourner la déclaration à l'URSSAF



PAPILLON À JOINDRE À VOTRE RÈGLEMENT

N° DE PIÈCE  
PÉRIODE  
N°

DÉCLARATION  
NOMINATIVE  
TRIMESTRIELLE

SALARIÉS OCCUPÉS AU SERVICE DE PARTICULIERS  
AUTRES QU'EMPLOYÉS FAMILIAUX, ASSISTANTES  
MATERNELLES, EMPLOYÉS AU PAIR, STAGIAIRES  
AIDES-FAMILIAUX ÉTRANGERS

DESTINATAIRE

Date limite d'envoi :

Cet imprimé doit être envoyé **dans tous les cas** - même en l'absence de versement - sous peine des sanctions visées à l'article R 243-16 du Code de la Sécurité Sociale.  
Vous **devez compléter** soit le cadre 1, soit le cadre 2, soit le cadre 3 et **signer votre déclaration**.

CADRE 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE  
(à défaut date et lieu de naissance)

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé
Nom de naissance		Nom de l'époux
Adresse		

Départ définitif	Eléments de calcul des sommes dues	SOMMES DUES ARRONDIES				
		sans distinction d'âge				
		4 SECURITE SOCIALE	5 CONTRIBUTION SOCIALE GENERALISEE	6 CONTRIBUTION REMBOURSEMENT DETTE SOCIALE	7 IRCAM Retraite	8 Assédic
	1 Nbre d'heures effectuées dans le trimestre :					
	2 Nbre de jours d'accueil dans le trimestre :					
	3 Salaire net total trimestriel :					

- Êtes-vous exonéré des cotisations patronales de Sécurité Sociale dans le cadre de l'accueil à titre onéreux ? oui ☐ non ☐
- Si "non" souhaitez-vous faire une demande d'exonération dans le cadre de l'accueil à titre onéreux oui ☐ non ☐ (1)

Les cases 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 doivent toujours être complétées. Si vous êtes hébergé(e) par une famille d'accueil complétez également la case 2.

Mettre un "D" dans cette colonne si tel est le cas

(1) Voir indications à la page informations

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE PERSONNE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues

Réservé	N° de Sécurité Sociale	Réservé
Nom de naissance		Nom de l'époux
Adresse		

1 Nbre d'heures effectuées dans le trimestre :					
2 Nbre de jours d'accueil dans le trimestre :					
3 Salaire net total trimestriel :					

Si cet(te) employé(e) n'a pas de numéro de Sécurité Sociale, cochez la case ci-contre et reportez-vous à la page "Informations" ☐

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

Totaux ➡					
À ajouter ou à déduire (selon justificatif joint) ➡					
Montants dus ➡					
NET À PAYER (TOTAL des cotisations et contributions) ➡					

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS

Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le : | | | | | | | |  
☐ DÉFINITIVEMENT  
☐ TRÈS TEMPORAIREMENT. Veuillez maintenir mon compte

DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE

À Signature  
Le

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Si une indication figurant dans ce document est erronée, veuillez nous le signaler.

Modèle S. 2330c

Détachez cette bande avant de retourner la déclaration à l'URSSAF



PAPILLON À JOINDRE À VOTRE RÈGLEMENT

N° DE PIÈCE  
PÉRIODE  
N°

DÉCLARATION  
NOMINATIVE  
TRIMESTRIELLE

SALARIÉS OCCUPÉS AU SERVICE DE PARTICULIERS  
AUTRES QU'EMPLOYÉS FAMILIAUX, ASSISTANTES  
MATERNELLES, EMPLOYÉS AU PAIR, STAGIAIRES  
AIDES-FAMILIAUX ÉTRANGERS

DESTINATAIRE

Date limite d'envoi :

Cet imprimé doit être envoyé **dans tous les cas** - même en l'absence de versement - sous peine des sanctions visées à l'article R 243-16 du Code de la Sécurité Sociale.  
Vous **devez compléter** soit le cadre 1, soit le cadre 2, soit le cadre 3 et **signer votre déclaration**.

CADRE 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE  
(à défaut date et lieu de naissance)

Réservé N° de Sécurité Sociale Réservé

Nom de naissance Prénom Nom de l'époux

Adresse

Départ définitif	Eléments de calcul des sommes dues	SOMMES DUES ARRONDIES				
		sans distinction d'âge				
		4 SECURITE SOCIALE	5 CONTRIBUTION SOCIALE GENERALISEE	6 CONTRIBUTION REMBOURSEMENT DETTE SOCIALE	7 IRCAM Retraite	8 Assédic
	1 Nbre d'heures effectuées dans le trimestre :					
	2 Nbre de jours d'accueil dans le trimestre :					
	3 Salaire net total trimestriel :					

• Êtes-vous exonéré des cotisations patronales de Sécurité Sociale dans le cadre de l'accueil à titre onéreux ? oui ☐ non ☐

• Si "non" souhaitez-vous faire une demande d'exonération dans le cadre de l'accueil à titre onéreux oui ☐ non ☐ (1)

Les cases 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 doivent toujours être complétées. Si vous êtes hébergé(e) par une famille d'accueil complétez également la case 2.

Mettre un "D" dans cette colonne si tel est le cas

(1) Voir indications à la page informations

CADRE 2 SI VOUS AVEZ EMPLOYÉ UNE NOUVELLE PERSONNE DURANT LE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS et/ou remplissez les autres déclarations éventuellement reçues

Réservé N° de Sécurité Sociale Réservé

Nom de naissance Prénom Nom de l'époux

Adresse

1 Nbre d'heures effectuées dans le trimestre :					
2 Nbre de jours d'accueil dans le trimestre :					
3 Salaire net total trimestriel :					

Si cet(te) employé(e) n'a pas de numéro de Sécurité Sociale, cochez la case ci-contre et reportez-vous à la page "Informations" ☐

RÉSERVÉ U.R.S.S.A.F.

Totaux ➡

À ajouter ou à déduire (selon justificatif joint) ➡

Montants dus ➡

NET À PAYER (TOTAL des cotisations et contributions) ➡

CADRE 3 SI VOUS AVEZ CESSÉ D'EMPLOYER DU PERSONNEL AU COURS DE CE TRIMESTRE, COMPLÉTEZ CI-DESSOUS

Je déclare ne pas occuper de personnel depuis le : | | | | |

☐ DÉFINITIVEMENT

☐ TRÈS TEMPORAIREMENT. Veuillez maintenir mon compte

DÉCLARATION CERTIFIÉE EXACTE

À Signature

Le

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

Si une indication figurant dans ce document est erronée, veuillez nous le signaler.

Modèle S. 2330c

Détachez cette bande avant de retourner la déclaration à l'URSSAF