

## PETITE ENFANCE

Les conditions d'attribution de l'ensemble de nos prestations sont précisées dans le règlement d'administration intérieur.

Les prestations sont soumises à l'ancienneté coopérative du salarié et à une durée minimale de cotisations de la Scop à l'Union Sociale.

Les prestations ne peuvent plus être demandées au-delà d'un délai de 6 mois après le début de l'évènement.

Vous trouverez l'ensemble des documents dans l'onglet Documents demandes (Web ou courrier) de notre site Internet : [www.union-sociale.coop](http://www.union-sociale.coop).

### PETITE ENFANCE :

#### CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

- 3 mois de cotisation de la Scop (Scic, CAE),
- 3 mois d'ancienneté coopérative,

- L'enfant est accueilli dans une crèche ou chez une assistante maternelle au mois de janvier de l'année en cours.

#### JUSTIFICATIFS À FOURNIR :

- Justificatif du mois de janvier : relevé mensuel PAJEMPLOI ou facture acquittée de la crèche,
- S'il s'agit de votre première demande de prestation à l'Union Sociale, merci de nous faire suivre également une copie de votre livret de famille, un RIB et l'accord de protection des données (document à compléter).

#### Faire sa demande :

- Par internet (web) : vous effectuez vos demandes de prestations via votre espace privé du site de l'Union Sociale en vous connectant avec votre identifiant et votre mot de passe. Nous vous invitons à scanner ou télécharger les justificatifs avant de faire votre demande.
- Par courrier : si vous n'avez pas accès à internet, vous pouvez envoyer vos demandes par courrier. Afin de faciliter le traitement numérisé de vos demandes, merci d'utiliser les formulaires et ne pas agraffer les documents papier.

#### Suivi de votre demande :

Vous pouvez suivre vos demandes dans votre espace privé du site de l'Union Sociale.

- Si votre dossier est complet, la demande s'affiche en vert. La prestation vous est versée dans les plus brefs délais.
- Si votre dossier est incomplet, la demande s'affiche en jaune. Un mail précisant les pièces manquantes vous est adressé ainsi qu'à votre Scop (Scic, CAE). Ces éléments doivent nous parvenir dans un délai de 15 jours.
- Si votre demande est refusée, la demande est affichée en rouge. Un mail précisant le motif vous est adressé ainsi qu'à votre Scop (Scic, CAE). Après un délai de 3 semaines, les demandes rejetées ou incomplètes sont supprimées.

**Bon courage au jeune enfant  
pour son temps de présence à la crèche ou chez l'assistant(e) maternel(le).**

**IMPORTANT**

# PROTECTION DES DONNÉES

(coopérateur uniquement)

**À nous adresser avec une demande de prestation**

Le règlement européen sur la protection des données (RGPD- règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016), entré en vigueur depuis le 25 mai 2018, impose de nouvelles obligations aux structures qui ont recours à un traitement informatique de données à caractère personnel.

Ce règlement s'applique au traitement des données que l'Union Sociale des Scop et des Scic collecte pour gérer les œuvres sociales du mouvement coopératif.

Aussi, nous vous remercions de nous donner votre accord pour conserver les données personnelles que vous nous transmettez pour bénéficier de nos prestations.

***Nous vous informons que l'accès aux prestations ne sera possible que si l'on peut enregistrer les données personnelles nécessaires au traitement de vos demandes et les conserver.***

***Dans le cas contraire nous ne pourrons pas vous attribuer nos prestations.***

Nous tenons à vous informer que ces données restent strictement confidentielles et ne sont exploitées que par nos services. En aucune manière elles ne sont diffusées et nous avons pris toutes les mesures en vigueur pour qu'elles ne soient pas divulguées.

Notre système informatique est protégé des attaques malveillantes.

**Merci de nous renvoyer ce document**

**en apposant en manuscrit votre signature précédée de la mention suivante :**

**« J'accepte que l'Union Sociale des Scop et des SCIC conserve mes données personnelles aux fins de traiter uniquement mes demandes de prestations »<sup>1</sup>.**

*Vous avez la possibilité de vous rétracter en adressant à l'Union Sociale des Scop et des Scic un courrier demandant que vos données personnelles soient détruites.*

Nom et Prénom du coopérateur :

NOM :

PRÉNOM :

Nom de la Scop ou de la SCIC

NOM :

<sup>1</sup> ***mention manuscrite à rajouter :*** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU OU DE LA SALARIÉ(E)

DATE :  /  /



**VOUS AVEZ PRIS CONNAISSANCE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET DES PIÈCES À FOURNIR**

**CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

- 3 mois de cotisation de la Scop (Scic, CAE),
- 3 mois d'ancienneté coopérative,

- L'enfant est accueilli dans une crèche ou chez une assistante maternelle au mois de janvier de l'année en cours.

**AIDE PETITE ENFANCE**

**PARENTS : LE OU LA SALARIÉ(E)**

NOM :

PRÉNOM :

**ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS LE 1<sup>ER</sup> JANVIER À CHARGE FISCALEMENT :**

NOM :

PRÉNOM :  DATE DE NAISSANCE :  /  /

NOM :

PRÉNOM :  DATE DE NAISSANCE :  /  /

NOM :

PRÉNOM :  DATE DE NAISSANCE :  /  /

NOM :

PRÉNOM :  DATE DE NAISSANCE :  /  /

**À fournir impérativement :**

- Justificatif du mois de janvier : relevé mensuel PAJEMPLOI ou facture acquittée de la crèche.

**À fournir lors de votre première demande de prestation :**

- S'il s'agit de votre première demande de prestation à l'Union Sociale, merci de nous faire suivre également une copie de votre livret de famille, un RIB et l'accord de protection des données (document à compléter).

SIGNATURE DU OU DE LA SALARIÉ(E)

DATE DE LA DEMANDE :  /  /

Le Puy-en-Velay, le [JJ/MM/AAAA]

**Pour nous contacter**

Tel. : 0820 00 7253  
Du lundi au vendredi  
De 9 h 00 à 17 h 00

Fax : 08 10 02 02 52

Courriel : pajemploi@urssaf.fr

**Objet : Relevé mensuel Pajemploi**

[CIVILITE],

Je vous prie de trouver ci-dessous le détail des informations pour votre déclaration  
(2) Pajemploi [PRESREFDOC] de [MMMM][AAAA] (3) reçue le [JJ/MM/AAAA] concernant votre  
salariée [CIVILITE] [PRENOM] [NOM] (N° de Sécurité sociale : [999999999999999]).

Le montant de [999999,99] € sera [PRELEVE/VERSE] sur votre compte bancaire le  
[JJ/MM/AAAA].

(1) N° Employeur  
[Y ]

N° Salarié  
[0 ]

Organisme gérant vos  
prestations familiales :  
[CAF/MSA]

**COÛT DE LA GARDE**

	Coût mensuel	Prise en charge Caf/MSA
(7) <b>Salaires (dont indemnités et acompte)</b>	<b>230 €</b>	
Acompte	- XX €	
(8) Cotisations	160 €	
(9) Cotisations prises en charge par votre Caf ou MSA		160 €
(10) CMG Rémunération		100 €
(11) Impôt sur le revenu de la salariée	0 €	
<b>OPÉRATIONS SUR VOTRE COMPTE BANCAIRE</b>		
(12) <b>Montant à prélever</b>	<b>130€</b>	
(13) <b>Montant à verser au titre de votre prestation CMG rémunération</b>		
<b>MONTANT DU SALAIRE VERSE A VOTRE SALARIEE</b>		
(14) <b>Montant du salaire versé à votre salariée</b>	<b>230 €</b>	

\*Votre CMG rémunération peut être utilisé pour prendre en charge les cotisations et le salaire de votre salariée.

Je vous prie d'agréer, [CIVILITE], l'expression de mes salutations distinguées.

Philippe Ferré,  
Directeur

Je vous prie de trouver ci-dessous le montant des cotisations calculé pour la déclaration Pajemploi N° \_\_\_\_\_, reçue le \_\_\_\_\_.

### DETAIL DES COTISATIONS

Éléments de calcul du salaire	Base	Part Salarié		Part Employeur	
		Taux (%)	Montant	Taux (%)	Montant
CSG + RDS	XXXX,XX	XX,XX	XXX,XX		
CSG DEDUCTIBLE	XXXX,XX	XX,XX	XXX,XX		
MALADIE	XXXX,XX			XX,XX	XXX,XX
MALADIE REGIME LOCAL	XXXX,XX	XX,XX	XXX,XX		
VIEILLESSE PLAFONNEE	XXXX,XX	XX,XX	XXX,XX	XX,XX	XXX,XX
VIEILLESSE DEPLAFONNEE	XXXX,XX	XX,XX	XXX,XX	XX,XX	XXX,XX
ALLOCATIONS FAMILIALES	XXXX,XX			XX,XX	XXX,XX
ACCIDENT DU TRAVAIL	XXXX,XX			XX,XX	XXX,XX
FNAL	XXXX,XX			XX,XX	XXX,XX
CSA	XXXX,XX			XX,XX	XXX,XX
FORMATION PROFESSIONNELLE	XXXX,XX			XX,XX	XXX,XX
CONTRIBUTION AU DIALOGUE SOCIAL	XXXX,XX			XX,XX	XXX,XX
RETRAITE COMPLEMENTAIRE TRANCHE 1	XXXX,XX	XX,XX	XXX,XX	XX,XX	XXX,XX
RETRAITE COMPLEMENTAIRE TRANCHE 2	XXXX,XX	XX,XX	XXX,XX	XX,XX	XXX,XX
PREVOYANCE	XXXX,XX	XX,XX	XXX,XX	XX,XX	XXX,XX
ASSURANCE CHOMAGE	XXXX,XX	XX,XX	XXX,XX	XX,XX	XXX,XX

<b>Montant total des cotisations retenues</b>	<b>XXX,XX</b>	<b>XXX,XX</b>
---	---------------	---------------

Montant total des cotisations	XXX,XX
Montant pris en charge par votre Caf/MSA	XXX,XX
Montant de la déduction forfaitaire de cotisations	XXX,XX
Réduction des cotisations salariales	Sans objet
Montant de l'impôt sur le revenu prélevé	XXX,XX
Montant payé ou mis en recouvrement	XXX,XX
<b>Montant restant à votre charge</b>	<b>XXX,XX</b>