

**ETAT DECLARATIF POUR LA
SUBVENTION DE L'ARTICLE L.162-32
DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE**

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT RAISON SOCIALE ADRESSE	CDS MEDIKSANTE 139 BD SEBASTOPOL 75002 PARIS			
	N° téléphone de la personne habilitée à compléter l'imprimé (facultatif) _____			
CATEGORIE (cocher la case correspondante)	<input checked="" type="checkbox"/>	CENTRE DE SANTE POLYVALENT	<input type="checkbox"/>	CENTRE DE SANTE MEDICAL
	<input type="checkbox"/>	CENTRE DE SANTE DENTAIRE	<input type="checkbox"/>	CENTRE DE SANTE INFIRMIER
N° FINISS (IMPERATIF)	7 5 0 0 6 8 5 0 4			
NUMERO DE COMPTE COTISANT A L'URSSAF	1 1 7 0 0 0 0 0 1 5 6 8 8 7 6 2 7 8			
PERIODE CONCERNEE (mensuelle ou trimestrielle impérativement)	Mois de Trimestre de 1 ^{er} Trimestre 2022			
COTISATIONS - MALADIE, MATERNITE, INVALIDITE, DECES - VERSEES	Assiette totale des cotisations patronales :	2 329,60 €	Euros	
	Assiette des cotisations patronales pour les salariés concernés (1) :	0 €	Euros	
DENOMBREMENT DES SALARIES (au dernier jour de la période)	Effectif total :	1	0.29	
	Effectif concerné par la subvention (1) dont :	0	0	
	• médecins	0	0	
	• sages-femmes			
	• chirurgiens-dentistes			
	• masseurs-kinésithérapeutes			
	• infirmiers			
	• orthophonistes			
	• orthoptistes			
	• pédicures			

1) Pour leurs activités de soins dans le centre de santé (si autres activités administratives et /ou si participation à d'autres structures - clinique... - calculs à effectuer au prorata)

MONTANT DES COTISATIONS PAR PROFESSION

Profession	Montant de l'assiette des cotisations patronales pour les salariés concernés
• médecins	0 €
• sages-femmes	
• chirurgiens-dentistes	
• masseurs-kinésithérapeutes	
• infirmiers	
• orthophonistes	
• orthoptistes	
• pédicures	
TOTAL EN EUROS 0 €

DECLARATION

Le soussigné, Mme. Marjorie CORMAO, responsable de l'établissement dénommé ci-dessus, demande à la C.P.A.M. de Paris le versement d'une subvention égale à : **11,5 % de l'assiette des cotisations patronales** (maladie, maternité, invalidité décès), **des personnels concernés** et certifie que ces personnels ne participent pas à des actions de médecine, de soins ou de prévention qui fassent l'objet d'un financement spécifique, par l'Assurance Maladie ou non, et qu'ils ne se consacrent qu'aux soins remboursables par les Caisses.

Dans le cas contraire, les salaires et la demande de subvention sont proratisés en fonction de clés de répartition (cf. 2 ci-dessus), dont la Caisse doit pouvoir prendre connaissance.

J'atteste en outre que cette somme n'intègre pas les indemnités non sujettes à cotisation ni des frais résultants d'un non-respect de règles de gestion vis-à-vis de l'U.R.S.S.A.F. (majorations, intérêts de retard) **et m'engage à faire part à la Caisse de toute diminution de cotisation qui serait accordée à l'établissement (dans le cadre de l'application de mesures d'emplois), qui impliquerait une révision du montant des subventions perçues.**

Je vous précise ci-dessous si les salaires pris en compte intègrent des éléments inhabituels du type primes de congés annuels semestrielles ou annuelles - indemnités...).

⇒
⇒
⇒

J'annexe à mon envoi une attestation délivrée et authentifiée par l'U.R.S.S.A. F, faisant apparaître le montant total des cotisations patronales maladie, maternité, invalidité, décès, versées pour la période en cause.

A PARIS, LE 25/10/2022

QUALITE Président

SIGNATURE

CACHET DE
L'ETABLISSEMENT

Association MEDIKSANTE

139 Boulevard de Sébastopol

75002 PARIS

Siret : 841 163 629 00022

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Code de la Sécurité Sociale)

Exemple de calcul d'équivalence temps plein

Une personne temps plein

- une personne mi-temps

- une personne faisant 3 heures de vacations par semaine

- une personne faisant deux demi-journées = 1/10 = 0,10

Nombre de personnes : 4

Équivalent temps plein : $1 + \frac{1}{2} + \frac{3}{39} + (2 \times \frac{1}{10}) = 1 + 0,50 + 0,08 + 0,20 = 1,78$