



CAISSE NATIONALE DE RETRAITES DES AGENTS
DES COLLECTIVITES LOCALES

Demande de remboursement de contributions
versées à la CNRACL **au profit des CCAS et
CIAS pour des agents sociaux exerçant
des activités d'aide à domicile** au titre de
l'article L241-10 du code de la Sécurité sociale

Périodes à rembourser du	au
Montant total à rembourser en lettres :	
.....	
Montant total à rembourser en chiffres :	
.....	
Demande d'exonération complémentaire : OUI NON	

Récapitulatif des montants à rembourser par année		
Année	Nombre d'agents	Montant à rembourser
TOTAL		

IMPORTANT

Les exonérations au titre de l'article L241-10 s'appliquent à la fraction des rémunérations versées en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privé.

Pour toute demande complémentaire adressée à la CNRACL, il pourra être demandé à l'employeur de produire plusieurs justificatifs : pour chaque intervention, un bordereau mensuel comportant le nom et prénom de l'agent, sa durée de travail, le nom, prénom et adresse de chacune des personnes chez lesquelles il est intervenu et le nombre d'heures afférentes à chacune de ses interventions

Les taux de cotisations à la CNRACL, à l'ATIACL et au FEH sont consultables :

<https://www.cnrACL.retraites.fr/employeur/cotisations-declarations/cotisations>

Prescription des cotisations sociales

En vertu de l'article L243-6 du Code de la sécurité sociale, le délai de prescription applicable au remboursement de ces cotisations est fixé à 3 ans à compter de la date à laquelle les cotisations ont été acquittées.

Exemple : Un employeur a fait cotiser un agent à tort du 1er juillet 2020 au 31 mars 2024. Il dépose une demande de remboursement le 20 février 2025. Le remboursement sera effectué sur les cotisations versées du 01/02/2021 au 31/03/2024.

Exercice :

N° Contrat CNRACL :		CCAS / CIAS de :					
Nom de famille et Prénom de l'agent	N° de Sécurité Sociale	Grade	Durée activité		Rémunération ANNUELLE de base	Montant de la rémunération ANNUELLE à exonérer	Contributions ANNUELLES à rembourser
			<i>Temps total effectué</i>	<i>Temps total exonéré</i>			
Nombre d'agents :			Total :				

Exercice :

N° Contrat CNRACL :		CCAS / CIAS de :					
Nom de famille et Prénom de l'agent	N° de Sécurité Sociale	Grade	Durée activité		Rémunération ANNUELLE de base	Montant de la rémunération ANNUELLE à exonérer	Contributions ANNUELLES à rembourser
			<i>Temps total effectué</i>	<i>Temps total exonéré</i>			
Nombre d'agents :				Total :			

Exercice :

N° Contrat CNRACL :		CCAS / CIAS de :					
Nom de famille et Prénom de l'agent	N° de Sécurité Sociale	Grade	Durée activité		Rémunération ANNUELLE de base	Montant de la rémunération ANNUELLE à exonérer	Contributions ANNUELLES à rembourser
			<i>Temps total effectué</i>	<i>Temps total exonéré</i>			
Nombre d'agents :				Total :			