



CAISSE NATIONALE DE RETRAITES DES AGENTS  
DES COLLECTIVITES LOCALES

Tél. : 09 70 80 93 29

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

### Modèle R3

<b>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR</b>	
Nom .....	
Adresse .....	
.....	
N° contrat CNRACL	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _
N° Siret	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _
<b>Affaire suivie par</b>	
Nom .....	
Téléphone .....	
Courriel .....	

Récapitulatif des montants à rembourser par année		
Année	Montant à rembourser	Nb agents
TOTAL / €		

Périodes à régulariser du ..... au .....
Montant du remboursement demandé (en lettres) .....
.....

Demande d'exonération complémentaire : 

OUI	NON
-----	-----

 si oui exercice : .....

Le représentant de la collectivité certifie sincère et véritable le présent état (page 1 et tableaux simplifiés d'exonération) et demande que le remboursement soit effectué sur le compte ouvert auprès du comptable public du trésorier de la collectivité, dont RIB ci-joint.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(Signature, qualité et cachet du représentant de la collectivité)

**Pièces à joindre obligatoirement :**

- **Tableaux simplifiés d'exonération annexés**
- **Copies des arrêtés de nomination justifiant du grade d'agent social sur la période à rembourser**
- **Attestation sur l'honneur de l'employeur précisant pour chaque agent concerné que celui-ci exerce son activité d'agent social au domicile privé des bénéficiaires et non en maison de retraite ou en EHPAD**
- **Copie d'un contrat type de location ou contrat de séjour pour les logements foyers**
- **Relevé d'identité bancaire**

**Modèle R3**

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

## 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 privatif.

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.

TAUX DES COTISATIONS A LA CNRACL, A L'ATIACL ET AU FEH sont consultables :

**Sur le site de la documentation juridique de la CNRACL, rubrique 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 01 juillet 2014 au 31 mars 2018. Il dépose une demande de remboursement le 20 février 2019. Le remboursement sera effectué sur les cotisations versées du 01/02/2016 au 31/03/2018.*

### **Exception**

Dans le cas d'une remise en cause de l'affiliation, aucune prescription n'est opposée.

### Remboursement sur l'année en cours

L'employeur a la possibilité de compenser des cotisations de même nature sur l'exercice en cours (pas de compensation entre des cotisations rétroactives suite à validation de périodes et des cotisations normales).