



L'autorité organisatrice de vos transports en ile-de-france



N° 10291*05

SYNDICAT DES TRANSPORTS
D'ILE DE FRANCE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT TRIMESTRIELLE

Article L.2531-6 et D.2531.4 du Code Général des Collectivités Territoriales

39 BIS - 41, RUE DE CHATEAUDUN
75009 PARIS

PERSONNEL TRANSPORTÉ

Nom :

Adresse :

☎ :

N° URSSAF :	N° SIRET :
N° CMSA :	

Nous déclarons sur l'honneur assurer
intégralement le transport collectif :

a) de tous nos salariés

b) de certains d'entre eux

AU MOYEN DE : (*)

NOMBRE DE SALARIÉS TRANSPORTÉS :

NOMBRE DE SALARIÉS TOTAL DANS L'ENTREPRISE :

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

- Itinéraire de chaque véhicule avec horaires et points de passage
- La liste nominative des salariés présentés en remboursement précisant pour chaque salarié le montant des rémunérations trimestrielles ayant servi au calcul du versement de transport,
- Les Bordereaux Récapitulatifs des Cotisations mensuels URSSAF ou CMSA à chaque trimestre
- Au 4^{ème} trimestre : les Bordereaux Récapitulatifs des Cotisations mensuels, le Tableau Récapitulatif Annuel, (*documents URSSAF*) et la liste nominative récapitulative annuelle.

TOTALITÉ DES SALAIRES DÉCLARÉS, À L'URSSAF OU À LA CMSA AU TITRE DU VERSEMENT DE TRANSPORT POUR LE PERSONNEL TRANSPORTÉ AU COURS DU TRIMESTRE 20

SALAIRES EN € X % = € (**)

(**) suivre les règles d'arrondis en vigueur

DATE :

CACHET DE L'EMPLOYEUR ET SIGNATURE
(OBLIGATOIRE)

(*) N° des véhicules utilisés ou raison sociale de l'entreprise de transport

CONSERVEZ LE 3^{ème} EXEMPLAIRE



L'autorité organisatrice de vos transports en Ile-de-France



N° 10292*05

SYNDICAT DES TRANSPORTS
D'ILE DE FRANCE

39 BIS - 41, RUE DE CHATEAUDUN
75009 PARIS

DEMANDE DE REMBOURSEMENT TRIMESTRIELLE
Article L.2531-6 et D.2531-4 du Code Général des Collectivités Territoriales

PERSONNEL LOGÉ

VERSEMENT DE TRANSPORT

☎ : 01.47.53.28.00

Fax : 01.47.53.29.47

Nom :
Adresse :
☎ :

N° URSSAF :	N° SIRET :
N° CMSA :	

Nous déclarons sur l'honneur assurer le logement permanent sur les lieux de travail :

a) de tous nos salariés

b) de certains d'entre eux

NOMBRE DE SALARIÉS LOGÉS :

NOMBRE DE SALARIÉS TOTAL DANS L'ENTREPRISE :

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

- **La liste nominative** des salariés présentés en remboursement précisant pour chaque salarié l'adresse du lieu de travail et du logement ainsi que le montant des rémunérations trimestrielles ayant servi au calcul du versement de transport,
- **Les Bordereaux Récapitulatifs des Cotisations** mensuels URSSAF ou CMSA à **chaque trimestre**
- **Au 4^{ème} trimestre** : les **Bordereaux Récapitulatifs des Cotisations** mensuels, le **Tableau Récapitulatif Annuel**, (*documents URSSAF*) et la **liste nominative récapitulative annuelle**.

TOTALITÉ DES SALAIRES DÉCLARÉS, À L'URSSAF OU À LA CMSA AU TITRE DU VERSEMENT DE TRANSPORT POUR LE PERSONNEL LOGÉ AU COURS DU TRIMESTRE 20

SALAIRES EN € X % = €(**)

(**) suivre les règles d'arrondis en vigueur

DATE :

CACHET DE L'EMPLOYEUR ET SIGNATURE
(OBLIGATOIRE)

CONSERVEZ LE 3^{ème} EXEMPLAIRE



L'autorité organisatrice de vos transports en Ile-de-France



N° 10293*06

SYNDICAT DES TRANSPORTS
D'ILE DE FRANCE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT TRIMESTRIELLE
Article L.2531-6 et D.2531-4 du Code Général des Collectivités Territoriales

39 BIS - 41, RUE DE CHATEAUDUN
75009 PARIS

**SALARIÉS EMPLOYÉS À L'INTÉRIEUR DES PÉRIMÈTRES
D'URBANISATION DES VILLES NOUVELLES**

VERSEMENT DE TRANSPORT

: 01.47.53.28.00

Fax : 01.47.53.29.47

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE	IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT
Raison Sociale :	Nom :
Adresse :	Adresse :
(À compléter si différent de l'établissement désigné ci-contre.)	
	N° SIRET :
N° URSSAF :	
N° CMSA :	

Nous déclarons sur l'honneur employer des salariés à l'intérieur du périmètre d'urbanisation de la ville nouvelle de : (cocher la case concernée)

<input type="checkbox"/> CERGY-PONTOISE	<input type="checkbox"/> EVRY	<input type="checkbox"/> MARNE LA VALLÉE	<input type="checkbox"/> SENART	<input type="checkbox"/> ST QUENTIN EN YVELINES
Date d'installation dans le périmètre d'urbanisation de la Ville Nouvelle MOIS : ANNÉE :				

NOMBRE DE SALARIÉS PRÉSENTÉS EN REMBOURSEMENT DANS L'ÉTABLISSEMENT EN VILLE NOUVELLE :

NOMBRE DE SALARIÉS TOTAL DANS L'ÉTABLISSEMENT EN VILLE NOUVELLE :

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

- **La liste nominative** des salariés présentés en remboursement précisant pour chaque salarié le montant des rémunérations trimestrielles ayant servi au calcul du versement de transport (la liste est facultative si la demande concerne la totalité des salariés de l'établissement),
- **Les Bordereaux Récapitulatifs des Cotisations mensuels URSSAF ou CMSA à chaque trimestre**
- **Au 4^{ème} trimestre** : les **Bordereaux Récapitulatifs des Cotisations mensuels**, le **Tableau Récapitulatif Annuel**, (*documents URSSAF*) et la **liste nominative récapitulative annuelle**.

TOTALITÉ DES SALAIRES DÉCLARÉS, À L'URSSAF OU À LA CMSA SERVANT D'ASSIETTE AU REMBOURSEMENT DEMANDÉ AU COURS DU TRIMESTRE 20

• Pour les entreprises installées depuis **MOINS DE 5 ANS** en Ville Nouvelle
SALAIRES EN € X % = €(*)

• Pour les entreprises installées depuis **PLUS DE 5 ANS** en Ville Nouvelle
SALAIRES EN € X % = -/5^{ème} = €(*)

(*) suivre les règles d'arrondis en vigueur

DATE :

CACHET DE L'EMPLOYEUR ET SIGNATURE
(OBLIGATOIRE)

CONSERVEZ LE 3^{ème} EXEMPLAIRE