

ÉTAT MENSUEL DE REMBOURSEMENT DES AVANCES FAITES PAR L'EMPLOYEUR À SES SALARIÉS AU TITRE DU CHÔMAGE PARTIEL

NOM DE L'EMPLOYEUR (ou raison sociale) N° de compte employeur
 Adresse géographique Adresse postale
 N° de téléphone fixe/mobile Pourcentage CCS
 Année Mois de Valeur du SMG/SMAG horaire F.cfp

Les 3 premiers exemplaires de ce bordereau sont à retourner à la Direction du Travail et de l'Emploi complétés. Pour une première demande, joindre un RIB/RIP original.



NOM et prénoms des salariés indemnisés	N° assuré CAFAT	Nombre d'heures déjà indemnisées au 1er jour du mois considéré	Nombre d'heures indemnisées le mois considéré	66 ou 75 % du SMG/SMAG horaire	Montant brut de l'indemnité	Montant Contribution Calédonienne de Solidarité	Montant net de l'indemnisation	OBSERVATIONS CAFAT

Certifié exact, le	jour	mois	année		
Signature de l'employeur			visa de la Direction du Travail et de l'Emploi		
TOTAL					

Chômage - Cellule Communication 02.2015