Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Attestation de bénéficiaire de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise
(articles L. 351-24 et R. 351-41 à R. 351-49 du Code du travail)

cerfa
N° 12257*01
CE 12

EXONÉRATION DES COTISATIONS

(Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire en cas de projet collectif de création)

DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

☐ création d'une entreprise ☐ reprise d'une entreprise

identité de l'entreprise _____ n° SIREN _____

adresse _____ _____ _____
numéro rue ou lieudit commune

_____ _____ n° téléphone _____
code postal bureau distributeur

activité principale exercée _____ code A.P.E. _____

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de épouse « X») **prénom**	numéro de sécurité sociale	adresse

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Direction départementale du travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :
– de la totalité des cotisations (1)
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations d'assurance vieillesse (1)

Signature de l'intéressé :

Le Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle certifie que l'intéressé désigné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise à compter du _____ pour une activité ayant débuté le _____.

Fait à _____, le _____

Signature du Préfet :

IT 951250

(1) Rayer la mention inutile.

1er VOLET : destiné à la DDTEFP

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Attestation de bénéficiaire de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise
(articles L. 351-24 et R. 351-41 à R. 351-49 du Code du travail)

cerfa
N° 12257*01
CE 12

EXONÉRATION DES COTISATIONS

(Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire en cas de projet collectif de création)

DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

☐ création d'une entreprise ☐ reprise d'une entreprise

identité de l'entreprise _____ n° SIREN _____

adresse _____ _____ _____
numéro rue ou lieudit commune

_____ _____ n° téléphone _____
code postal bureau distributeur

activité principale exercée _____ code A.P.E. _____

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de épouse « X») **prénom**	numéro de sécurité sociale	adresse

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Direction départementale du travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :
– de la totalité des cotisations (1)
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations d'assurance vieillesse (1)

Signature de l'intéressé :

Le Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle certifie que l'intéressé désigné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise à compter du _____ pour une activité ayant débuté le _____.

Fait à _____, le _____

Signature du Préfet :

IT 951250

(1) Rayer la mention inutile.

2e VOLET : destiné à l'URSSAF

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Attestation de bénéficiaire de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise
(articles L. 351-24 et R. 351-41 à R. 351-49 du Code du travail)

cerfa
N° 12257*01
CE 12

EXONÉRATION DES COTISATIONS

(Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire en cas de projet collectif de création)

DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

☐ création d'une entreprise ☐ reprise d'une entreprise

identité de l'entreprise _____ n° SIREN _____

adresse _____ _____ _____
numéro rue ou lieudit commune

_____ _____ n° téléphone _____
code postal bureau distributeur

activité principale exercée _____ code A.P.E. _____

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de épouse « X») **prénom**	numéro de sécurité sociale	adresse

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Direction départementale du travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :
– de la totalité des cotisations (1)
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations d'assurance vieillesse (1)

Signature de l'intéressé :

Le Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle certifie que l'intéressé désigné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise à compter du _____ pour une activité ayant débuté le _____.

Fait à _____, le _____

Signature du Préfet :

IT 951250

(1) Rayer la mention inutile.

3e VOLET : destiné aux caisses vieillesse des non-salariés

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Attestation de bénéficiaire de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise
(articles L. 351-24 et R. 351-41 à R. 351-49 du Code du travail)

cerfa
N° 12257*01
CE 12

EXONÉRATION DES COTISATIONS

(Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire en cas de projet collectif de création)

DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

☐ création d'une entreprise ☐ reprise d'une entreprise

identité de l'entreprise _____ n° SIREN _____

adresse _____ _____ _____
numéro rue ou lieudit commune

_____ _____ n° téléphone _____
code postal bureau distributeur

activité principale exercée _____ code A.P.E. _____

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de épouse « X») **prénom**	numéro de sécurité sociale	adresse

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Direction départementale du travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :
– de la totalité des cotisations (1)
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations d'assurance vieillesse (1)

Signature de l'intéressé :

Le Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle certifie que l'intéressé désigné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise à compter du _____ pour une activité ayant débuté le _____.

Fait à _____, le _____

Signature du Préfet :

IT 951250

(1) Rayer la mention inutile.

4e VOLET : destiné à la caisse d'assurance maladie des non-salariés

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Attestation de bénéficiaire de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise
(articles L. 351-24 et R. 351-41 à R. 351-49 du Code du travail)

cerfa
N° 12257*01
CE 12

EXONÉRATION DES COTISATIONS

(Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire en cas de projet collectif de création)

DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

☐ création d'une entreprise ☐ reprise d'une entreprise

identité de l'entreprise _____ n° SIREN _____

adresse _____ _____ _____
numéro rue ou lieudit commune

_____ _____ n° téléphone _____
code postal bureau distributeur

activité principale exercée _____ code A.P.E. _____

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de épouse « X») **prénom**	numéro de sécurité sociale	adresse

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Direction départementale du travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :
– de la totalité des cotisations (1)
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations d'assurance vieillesse (1)

Signature de l'intéressé :

Le Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle certifie que l'intéressé désigné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise à compter du _____ pour une activité ayant débuté le _____.

Fait à _____, le _____

Signature du Préfet :

IT 951250

(1) Rayer la mention inutile.

5e VOLET : à conserver par le bénéficiaire

Au titre des douze premiers mois de leur nouvelle activité, les créateurs d'entreprise bénéficiaires de la mesure ACCRE sont exonérés du paiement de l'ensemble des cotisations (assurances sociales - prestations familiales et, le cas échéant, accidents du travail) tant en ce qui concerne les cotisations de l'employeur que celles du salarié (1).

Les cotisations dues au titre du Fonds National d'Aide au Logement (0,1 %) et du versement de transport suivent le sort des cotisations de sécurité sociale.

Les créateurs d'entreprise bénéficiaires de la loi doivent néanmoins informer eux-mêmes de leur situation les organismes de sécurité sociale auxquels ils sont obligatoirement affiliés pour ordre, en raison de leur nouvelle activité.

Ils demeurent en effet astreints à l'accomplissement des formalités habituelles en cas de création (ou de reprise) d'entreprises et notamment, suivant la nature de la nouvelle activité :

1. salarié du commerce et de l'industrie : déclaration à l'URSSAF (utiliser le volet n° 2 du formulaire) ;
2. salarié agricole : déclaration à la Mutualité Sociale Agricole (utiliser le volet n° 2 du formulaire) ;
3. non-salarié non agricole : déclaration :
   - à l'URSSAF (prestations familiales - utiliser le volet n° 2 du formulaire),
   - à l'organisme d'assurance vieillesse relevant soit de l'ORGANIC, soit de la CANCAVA, soit de l'organisation autonome des professions libérales (utiliser le volet n° 3 du formulaire),
   - à la caisse mutuelle régionale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles du lieu de résidence (utiliser le volet n° 4 du formulaire) ;
4. non-salarié agricole : déclaration à la Mutualité Sociale Agricole (utiliser le volet n° 2 du formulaire).

Les bénéficiaires de l'aide qui ne sont pas, à la date d'attribution de cette aide, indemnisés au titre de l'assurance chômage peuvent ne pas se voir validée pour la retraite la période de 12 mois d'exonération dont ils bénéficient. En cas de doute, se renseigner auprès de l'organisme de Sécurité sociale dont ils relevaient en dernier lieu.

S'ils le désirent, ils peuvent procéder au paiement des cotisations dans le cadre de leur nouvelle activité en précisant qu'ils renoncent à l'exonération des cotisations d'assurance vieillesse (cf. (1) recto).

---

(1) En ce qui concerne les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, l'exonération des cotisations, légalement dues à ces régimes, porte sur les **4 trimestres civils qui suivent celui du début d'activité.** Aucun droit n'est ouvert dans ces régimes pendant ladite période.

En ce qui concerne les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants, l'exonération porte sur le trimestre civil au cours duquel débute l'activité et les 3 trimestres civils qui suivent.