

# DEMANDE D'EXONÉRATION DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS PATRONALES

Périodes d'emploi comprises entre le **1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre 2020**

(Renseigner tous les champs, signer et retourner la demande au Guso)

SIRET entreprise :  N° Guso :

Raison sociale :

Adresse :

Adresse mail :

Code NAF :  Secteur d'activité :

Effectif de l'entreprise au 31/12/2019 :

L'employeur ou son représentant **atteste** remplir les conditions d'éligibilité au dispositif d'exonération de cotisations et contributions sociales patronales prévues à [l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020](#) de financement de la sécurité sociale pour 2021 et mis en application par le [décret n° 2021-75 du 27 janvier 2021](#), [l'instruction interministérielle N° DSS/5B/SAFSL/2021/53 du 5 mars 2021](#) et plus précisément :

Le secteur d'activité figure dans la **liste S1 ou S1 bis** ([Annexe 1](#) et [Annexe 2](#) du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 dans sa rédaction en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021) et l'employeur a fait l'objet d'une **interdiction d'accueil du public** ou d'une **baisse du chiffre d'affaires d'au moins 50 %\*** et que **l'effectif de l'entreprise est inférieur à 250 salariés**

ou

Le secteur d'activité **ne figure dans aucune des listes S1 et S1 bis** ([Annexe 1](#) et [Annexe 2](#) du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 dans sa rédaction en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021), et l'employeur a fait l'objet d'une **interdiction d'accueil du public** affectant de manière prépondérante la poursuite de son activité et que **l'effectif est inférieur à 50 salariés**.

**Les périodes d'emploi concernées par la demande d'exonération des cotisations et contributions sociales patronales** (cotisations d'assurance maladie, d'assurance vieillesse, d'allocations familiales, d'accident du travail et de maladie professionnelle, contribution de solidarité pour l'autonomie, contribution d'assurance chômage (au taux de 4,05%), contribution au FNAL) **afférentes aux rémunérations versées sont :**

Mois de **septembre** 2020, et si votre secteur d'activité relève de la liste S1, la mesure de couvre-feu doit avoir été prononcée avant le 30/10/2020 ;

Mois d'**octobre** 2020 ;

Mois de **novembre** 2020 ;

Mois de **décembre** 2020 ;

**L'employeur atteste par ailleurs n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation sur le travail dissimulé en application des articles L 8221-1, L8221-3 et L 8221-5 du code du travail au cours des cinq années précédentes.**

Fait à , le

Signature (Nom et qualité du signataire)

Cachet de l'entreprise