

Objet : demandes mesures IRMA (second plan)

Madame, Monsieur,

Par la présente, nous vous informons quant au bénéfice des nouvelles mesures gouvernementales, issues de l'article 9 de la loi de Finance de la Sécurité Sociale 2019, mises en place dans le cadre de l'accompagnement des entreprises, suite au passage de l'ouragan IRMA.

Nous vous rappelons que ces mesures complémentaires, dans le cadre du redémarrage de votre activité et de la pérennité de celle-ci, vous permettent, au regard des cotisations sociales émises postérieurement au 1^{er} août 2017, de bénéficier :

- D'un sursis à poursuite pour leurs règlements.
- De bénéficier de la mise en place d'un échéancier de paiement
- De l'abandon partiel ou total de la part patronale relative aux cotisations émises pour la période du 1^{er} août 2017 au 31 décembre 2018.

Nous vous indiquons que, contrairement au dispositif initial, cette dernière mesure est soumise à condition puisque vous devez justifier d'une baisse de votre chiffre d'affaire majeure et durable, conséquence directe des événements climatiques survenus entre les 5 et 7 septembre 2017.

A cet effet, vous trouverez, en pièce jointe, le formulaire d'abandon de créances fixé par l'arrêté du Ministère de l'Action et des Comptes Publics le 26 avril dernier.

Afin d'étudier votre demande et les mesures qui vous seront appliquées, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner ce document avant le 31 juillet 2019, dûment complété et signé, sur lequel vous reporterez les justificatifs quant à la diminution de votre chiffre d'affaire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Le responsable du service



santé
famille
retraite
services



CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE
DE SAINT-BARTHELEMY

DEMANDE D'ADANDON DE COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES ATTESTATION DE BAISSSE DE CHIFFRE D'AFFAIRES

(dans le cadre du dispositif spécifique prévu par l'article 9 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019)

1. PRÉSENTATION DE L'ENTREPRISE

Nom ou raison sociale :

Adresse du siège social :

Nom du représentant légal :

Date d'immatriculation : Numéro de compte :

Tél : Fax :

E-mail :

N° SIRET :

Code NAF :

Activité principale :

Atteste sur l'honneur de la réalité des éléments financiers renseignés ci-dessous

Nota. - La CGSS / la caisse de MSA compétente pourra procéder à la vérification de ces informations.

Chiffre d'affaires :

Année 2018	1 ^{er} Trimestre 2018	2 ^{ème} Trimestre 2018	3 ^{ème} Trimestre 2018	4 ^{ème} Trimestre 2018
Chiffre d'affaires				

Année 2017	1 ^{er} Trimestre 2017	2 ^{ème} Trimestre 2017	3 ^{ème} Trimestre 2017	4 ^{ème} trimestre 2017
Chiffre d'affaires				

Année 2016	4 ^{ème} Trimestre 2016	Année 2016
Chiffre d'affaires		

