|  |  |
| --- | --- |
| **CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE SOCIALE****(C.Na.P.S)****AMPEFILOHA – ANTANANARIVO****BP : 233****Site web : www.cnaps.mg** | **FANGATAHANA ANTSASA-KARAMA**(Ho fenoin’ny Vehivavy mpikarama izay nanapaka ny asany mba hiala sasatra aloha sy aorian’ny fiterahana)**DEMANDE DE PAIEMENT DU DEMI-SALAIRE**(A remplir par les femmes salariées ayant interrompu leur travail en vue de repos pré et post-natal)**SUIVANT L’ARTICLE 77 DU CODE DE TRAVAIL MALAGASY** |
|  |
| **FANAMARINAN’NY MPAMPIASA – ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR** |  |  |
|  |  |  |
|  | MATRICULE EMPLOYEUR |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ANARAN’ILAY MPAMPIASA ADIRESYNom de l’Employeur\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DIA MANAMARINA FA DIA MIASA ETO AMIKO NANOMBOKA TAMIN’NY Certifie que Mme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_est employé(e) à mon service depuis le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ARY NY ASANY DIA NIATO TAMIN’NY ASANY IZY NIATOMBOKA TAMIN’NYEn qualité de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ l’intéressée a effectivement interrompu son travail depuis le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **FOMBA FANDOAVANA KARAMA – MODE DE PAIEMENT DU SALAIRE** | KARAMA NALOAMontant du Salaire |
| * Raha isan-kerinandro dia lazao ny totalin’ny karama naloa taminy nandritry ny inefatra farany nialoha ny nijanonana niasa

 A la semaine, total des quatre dernières paies ayant précédé l’interruption\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Isan-tapa-bolana dia ny totalin’ny karama indroa naloa farany nialoha ny nijanonana niasa

 A la quinzaine, total des deux dernières paies ayant précédé l’interruption\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Isam-bolana dia ny karama farany naloa nialoha ny nijanonana tsy niasa

 Au mois, montant de la dernière paie ayant précédé l’interruption\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Ampahany(kômisiôna) na isan-java-bita (aux pièces) dia ny totalin’ny karama naloa nandritry ny telo volana farany

 A la commission ou aux pièces totales des rémunérations versées au titre des trois derniers mois\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |

 SONIA SY FITOMBOKA DATY  (Signature et cachet) Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| MATRICULE TRAVAILLEUR |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| DATE D’EMBAUCHAGE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| N° C.I.N DU TRAVAILLEUR |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | SONIA NA TONDRO-TANAN’ILAY HO RENYSignature ou empreintes digitalesde la future mère |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NY MAHAKASIKA AN’ILAY HO RENY – INFORMATIONS SUR la future mère** | **FARITRA HO FENOIN’ILAY MPITSABO NA MPAMPIVELONA – Cadre à remplir par lE MEDECIN OU LA SAGE-FEMME** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Je soussigné(e)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médecin ou Sage-femme, certifie que Mme\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a subi ce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ un examen médical général et obstétrical. La date probable d’accouchement est le \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ **Cachet**   **Signature****(A défaut, Nom et adresse du Médecin)**A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Efa nanao fangatahana fanampiana ho an’ny bevohoka ve ianao ?****Avez-vous déjà effectué une demande d’allocation prénatale ?****Raha TSIA dia asaivo fenoin’ny Dokotera na Mpampivelona ny faritra etsy ambony.****Si NON, faites remplir par le Médecin ou la Sage-femme la partie indiquée ci-dessus.** |  |  |  |  |  |  |
| AnaranaNom : |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| D.P.A. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Fanampin’anaranaPrénoms : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  | Salaire :  |
| Teraka tamin’ny taoNé(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Zanak’iFils ou fille de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SyEt de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adiresy fonenan’ilay mpiasaAdresse du domicile du travailleur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Lot ou Rue – Quartier – Commune)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OlompirenenaNationalité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |