|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 ADIRESY  Nom 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’NY  En qualité de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ l’intéressée a effectivement interrompu son travail depuis le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **FOMBA FANDOAVANA KARAMA – MODE DE PAIEMENT DU SALAIRE** | KARAMA NALOA  Montant 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 RENY  Signature ou empreintes digitales  de 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.** |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Anarana  Nom : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| D.P.A. | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Fanampin’anarana  Prénoms : |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Salaire : | | | | | | | | | | | | | | |
| Teraka tamin’ny tao  Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zanak’i  Fils ou fille de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sy  Et de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adiresy fonenan’ilay mpiasa  Adresse du domicile du travailleur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Lot ou Rue – Quartier – Commune)    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Olompirenena  Nationalité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |