

وكالة : BAB EL OUED  
مركز الدفع : BAB EL OUED 2

هوية رب العمل

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

الاسم و اللقب : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
أو  
رقم المنخرط 36945557  
n° de l'adhérent  
Raison sociale : ENTREPRISE DEMO  
طبيعة الاجتماعية :  
العنوان : Zone industrielle - BP 23  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Oran

هوية الأجير

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

الاسم : \_\_\_\_\_  
Nom: BENALI  
رقم التسجيل 213456789012  
n° d'immatriculation  
اللقب : \_\_\_\_\_  
Prénom : MOHAMED  
تاريخ الازدياد : \_\_\_\_\_  
بـ : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : 02-11-1980 à : CHLEF  
العنوان : \_\_\_\_\_  
Adresse : CITE 140 LOGEMENTS - CAGE D N° 12, CHLEF  
المهنة : \_\_\_\_\_  
Profession : Manoeuvre

المعلومات الضرورية لدراسة الحقوق

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES POUR L'ÉTUDE DES DROITS

تاريخ التوظيف : \_\_\_\_\_  
Date de recrutement : \_\_\_\_\_  
تاريخ آخر يوم عمل : \_\_\_\_\_  
Date du dernier jour de travail : \_\_\_\_\_  
تاريخ استئناف العمل : \_\_\_\_\_  
Date de reprise de travail : \_\_\_\_\_  
المعني(ة) بالامر لم يستأنف العمل الى يومنا هذا : \_\_\_\_\_  
L'intéressé(e) n'a pas repris son travail à ce jour :

في حالة التوقف عن العمل لمدة تقل عن 6 أشهر أو في حالة الأمومة

EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

D'UNE DURÉE INFÉRIEUR À 06 MOIS ET EN CAS DE MATERNITÉ

المؤمن اشتغل لمدة : \_\_\_\_\_ يوما \_\_\_\_\_ ساعة  
L'assuré(e) a travaillé pendant : \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ heures  
من : \_\_\_\_\_ الى : \_\_\_\_\_  
du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_  
خلال (3) الثلاثة أشهر أو اثني (12) عشر شهرا من التاريخ  
الى التاريخ الذي سبق معاينة المرض أو الحمل.  
au cours des 03 mois ou des 12 mois de date à date précédant  
la constatation de la maladie ou de la grossesse.

في حالة التوقف عن العمل أكثر من 6 أشهر أو في حالة العجز

EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

DÉPASSANT 06 MOIS OU EN CAS D'INVALIDITÉ

المؤمن اشتغل لمدة : \_\_\_\_\_ يوما \_\_\_\_\_ ساعة  
L'assuré(e) a travaillé pendant : \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ heures  
من : \_\_\_\_\_ الى : \_\_\_\_\_  
du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_  
خلال اثني عشر (12) شهرا أو (3) الثلاث سنوات التي  
سبققت معاينة المرض.  
au cours des 12 mois ou des 03 années précédant  
la constatation de la maladie.

طبقا لدفتتر الحساب يؤخذ مبلغ الاجور المقبوضة و الفترات المناسبة في الجدول التالي : (1)

Conformément au livre de paie, le montant des salaires perçus et les périodes correspondantes sont portés sur le tableau ci-après : (1).

الشهر و السنة اللذان يؤخذان كمرجع Mois et année de référence	عدد الايام المعمول بها Nombre de jours travaillés	سبب الغيابات Motif absences	الاجر الخاضع للاشتراك Salaire soumis à cotisations (1)	مبلغ الاشتراك (حصة العامل) Montant de la cotisation (part ouvrière)
Janvier - 2019	14		19 500.00	1 755.00
Février - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Mars - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Avril - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Mai - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Juin - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Juillet - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Août - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Septembre - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Octobre - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Novembre - 2019	22		22 000.00	1 980.00
Décembre - 2019	22		22 000.00	1 980.00

حرر بـ : ALGER ، في : 01-04-2020 Le :

إسم و لقب و صفة الموقع : BENKACI SAID

du signataire : GESTIONNAIRE RH

ختم صاحب العمل ، Cachet de l'employeur

Signataire ,

الامضاء ،

(1) Indiquer les salaires tels qu'ils figurent sur les fiches de paie correspondantes

- au mois précédant l'arrêt de travail, en cas de maladie, de maternité, ou de décès,
- aux 12 mois précédant l'arrêt de travail, en cas d'invalidité,
- aux 12 mois précédant l'accident de travail.

(1) أذكر الاجور كما هي مبينة في بطاقة الأجر الموافقة لـ :

- خلال الشهر الذي يلي التوقف عن العمل. في حالة مرض، أمومة، أو وفاة.
- خلال 12 شهرا التي تلي التوقف عن العمل في حالة العجز.
- خلال 12 شهرا التي تلي حادث العمل.

**IMPORTANT** : La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

هام : كل شخص يقوم بتزوير أو يدلي بتصريحات غير صحيحة يعاقب من طرف القانون.