Une image contenant Police, Graphique, logo, symbole

Description générée automatiquement

**DEMANDE D’AVIS DU COMITÉ SOCIAL TERRITORIAL**

**Constitué auprès du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de Martinique**

**ZAC Etang Z Abricot – CS 40056 – 97200 Fort-de-France**

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE**

**(Instauration ou modification du dispositif)**

**Texte de référence :** Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

**Principe :** La mise en place de ce dispositif permet aux collectivités d’aider financièrement leurs agents en matière de protection sociale complémentaire. Les agents concernés sont les fonctionnaires ainsi que les agents de droit public et de droit privé. Les retraités peuvent bénéficier du dispositif pour le risque Santé mais sans participation de l’employeur.

La collectivité peut choisir de participer sur le risque « santé » et/ou « prévoyance », par l’intermédiaire soit de la labellisation, soit d’une convention de participation.

Elle doit fixer le montant de l’aide (ce montant doit être en euros) et la modulation éventuelle, qui prendrait en compte le revenu des agents et leur situation familiale dans un but d’intérêt social.

Si la participation de l’employeur est obligatoire, l’adhésion de l’agent peut être rendue facultative ou obligatoire.

**COLLECTIVITE** : ………………………………………………….………………… Nombre d’habitants : ……………………..…………

Nom et Coordonnées de la personne en charge du dossier : ……………………….……………………………………..…………

Tél : ………………………………………………. Courriel : ………………………………………………………………………..…………..

Nombre de fonctionnaires : Titulaires/Stagiaires : …………………………………

Nombre de contractuels : …………………………… Nbre d’agents de droit privé : ……………………..……….…..

INSTAURATION DE LA PSC  :

**OU**

MODIFICATION DE LA PSC  :

Ancien montant de la participation :  ……………………….. € montant mensuel brut

Sur quelle garantie la collectivité a-t-elle choisi de participer et par quelle procédure ?

**EN SANTÉ :**

Labellisation  Convention de participation locale  Convention de participation du CDG

**Montant de la participation** : ………………………….. € montant mensuel brut

**Modulation éventuelle de la participation** : ……………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………..……………

**EN PRÉVOYANCE :**

Labellisation  Convention de participation locale  Convention de participation du CDG

**Montant de la participation** : ………………………….. € montant mensuel brut

**Modulation éventuelle de la participation** : ……………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………..……………

**Modalités de versement de la participation :**  A l’agent

**Date d’entrée en vigueur envisagée :** …………………..

**Consultation du personnel :**  Oui  Non

Si oui, à préciser (forme, date …)  :

Le Maire / le Présidentcertifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus.

Fait à ……………………………………………..……………, le ………………..………………………

Tampon et signature de l’autorité territoriale

Merci de joindre le projet de délibération