

# DECLARATION DE NON CONDAMNATION ET DE FILIATION

En application des dispositions de l'article A. 123-51 du Code du Commerce

**Je soussigné(e),** .....

*Nom et prénoms.*

*Nom de jeune fille suivi du nom d'épouse pour les femmes mariées.*

**Demeurant à** .....

.....

**Né(e) le** ..... **à** .....

**Fils – fille (1) de :** .....

*Nom et prénoms du père.*

**Et de :** .....

*Nom de jeune fille et prénoms de la mère.*

## DECLARE

**Conformément à l'article A.123-51 du Code de Commerce**

**N'avoir été l'objet d'aucune condamnation pénale ni de sanction civile ou administrative de nature à m'interdire de gérer, administrer, diriger ou contrôler une personne morale, ou d'exercer une activité commerciale.**

**Fait à** .....

**Le** .....

**Signature** .....

### Article L-123-5 du Code de Commerce (Alinéa 1)

Le fait de donner, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes en vue d'une immatriculation, d'une radiation ou d'une mention complémentaire ou rectificative au Registre du Commerce et des Sociétés est puni d'une amende de 4500 Euros et d'un emprisonnement de six mois

*(1) Rayer la mention inutile*

# ATTESTATION DE DÉLIVRANCE DE L'INFORMATION DONNÉE À SON CONJOINT COMMUN EN BIENS

**Je soussigné(e),** .....  
*Nom d'usage.*

**Nom de jeune fille,** .....

**Prénom,** .....

**Déclare sous ma responsabilité, conformément à l'article R. 123-121-1 du code de commerce, avoir informé mon conjoint**

**M./Mme (rayer la mention inutile)** .....

**avec lequel/laquelle je me suis marié(e) sans contrat de mariage (1) ou bien avec un contrat de mariage qui prévoit des biens communs aux époux, sur les conséquences des dettes contractées dans l'exercice de ma profession sur ces biens communs.**

**Fait à** .....

**Le** .....

**(Signature de la personne immatriculée)**

**(1) La mention relative à l'absence de contrat de mariage ne signifie pas que le régime légal français est applicable.**

## CAISSE MALADIE REGIONALE

La Caisse Maladie Régionale n'effectue pas directement l'encaissement des cotisations et le Service des prestations. Ces travaux sont exécutés, sous son contrôle, par des Organismes Conventionnés à cet effet. L'assuré peut choisir parmi ces Organisme, celui dont il relèvera.

**Nous vous indiquons, ci-après, la liste des Organismes que nous avons conventionnés pour le Territoire de Belfort. Nous vous demandons de bien vouloir mettre une croix dans la case correspondante.**

| ORGANISMES CONVENTIONNES   |  |
|--|--|
| <p>RAM DE FRANCHE COMTE (Réunion des Assureurs Maladie)<br/>                     3 rue Voirin<br/>                     25000 BESANÇON<br/>                     Tél. : 0.811.01201<br/> <b>Contact :</b><br/>                     Mr Claude CHARRAUD<br/>                     Port. : 06 82 99 91 07<br/>                     e-mail : c.chaurraud@ramgamex.tm.fr</p>   |  |
| <p>MUTI DE FRANCHE COMTE<br/>                     1 rue des Cras<br/>                     25086 BESANÇON CEDEX 9<br/>                     Tél. : 03 81 47 04 40<br/><br/> <b>BUREAU ANNEXE</b><br/>                     3 rue Thiers<br/>                     90000 BELFORT<br/>                     Tél. : 03 84 28 51 52</p>   |  |
| <p>SOCIETE MUTUALISTE DE L'EST - MFC<br/>                     Parc Artémis<br/>                     4 avenue des Monboucons – Bât C<br/>                     25042 BESANÇON<br/>                     Tél. : 03 81 40 05 00</p>   |  |
| <p>MUTUELLE JURASIENNE<br/>                     17 RUE Jules Bury<br/>                     BP 523<br/>                     39005 LONS LE SAUNIER cedex<br/>                     Tél. : 03 84 47 01 23</p>  |  |
| <p>RELEYA - PREVADIES<br/>                     3 avenue des la Fontaine Sainte Marguerite<br/>                     BP 40359<br/>                     89006 AUXERRE cedex<br/>                     Tél. : 03 86 49 27 07<br/><br/> <b><u>Accueil physique</u></b><br/>                     22 rue Georges Colomb<br/>                     70204 LURE cedex<br/>                     Tél. : 03 84 30 08 12</p> |  |

## CAISSE INTERPROFESSIONNELLE DE RETRAITE

| DENOMINATION   |
|--|
| <p>ORGANIC DE FRANCHE COMTE</p> <p style="text-align: center;">10 b rue Midol<br/>                     B.P 1109<br/>                     25002 BESANÇON CEDEX<br/>                     Tél. : 03 81 48 41 20</p> |

# IMPÔTION

## DECLARANT :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresses : .....

.....

## C.F.E. :

N° Liasse : .....

## OPTION(S) FISCALE(S)

*B.I.C. :*       Micro

Réel simplifié

Réel normal

Date de clôture de l'exercice comptable (jour,mois)

...../.....

*T.V.A. :*

Franchise en base

Réel simplifié

Option pour le dépôt d'une déclaration annuelle portant sur l'exercice comptable

Réel normal     mini-réel

Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA estimée inférieure à un plafond (voir notice)

Assujettissement à la TVA des opérations imposables sur option

Le régime micro BIC est réservé aux entreprises qui [CGI art. 50-0] :

- bénéficient de la franchise en base de TVA ou sont exonérées de cet impôt,
- n'ont pas opté pour un régime réel d'imposition,
- et dont le montant du chiffre d'affaires HT n'excède pas selon l'activité exercée :
  - 76 300 € pour les activités de ventes de marchandises ou de fournitures de logement ;
  - 27 000 € pour les prestations de services.

Ainsi le régime du micro BIC ne s'applique pas aux sociétés de capitaux (y compris EURL), aux sociétés de personnes. En sont également exclus les marchands de biens, les lotisseurs et les constructeurs,

## **AIDE A LA CREATION ET A LA REPRISE D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)**

### **Liste des pièces justificatives à fournir à l'appui de votre demande**

#### **Dans tous les cas :**

- copie du formulaire de déclaration de l'entreprise au CFE en cas de demande postérieure au dépôt de déclaration d'entreprise;
- le feuillet spécifique de demande d'aide qui vaut attestation sur l'honneur de non bénéfice de l'aide depuis 3 ans (Cf ci-après) ;

#### **Si vous êtes en société :**

- une photocopie des statuts de la société comprenant la répartition des parts sociales et signés par tous les porteurs de parts ;
- une photocopie de livret de famille lorsque le contrôle effectif du capital de la société est exercé, par le demandeur de l'aide, avec sa famille ou tout justificatif de liens de parenté.

### **Demandeur d'emploi indemnisé ou indemnisable**

- une photocopie de la notification d'ouverture de droits à une allocation chômage ou du titre du dernier paiement ;
- dans le cas de l'existence d'une convention de reclassement personnalisée, une photocopie du bulletin d'acceptation du bénéfice de la convention et une photocopie de la lettre de licenciement et des bulletins de salaire des 6 derniers mois ;
- pour la personne indemnisable, une photocopie de la lettre de licenciement et une photocopie des bulletins de salaire des 6 derniers mois.

### **Demandeur d'emploi non indemnisé inscrit à l'ANPE 6 mois au cours des 18 derniers mois**

- une photocopie de l'historique de la situation du demandeur d'emploi sur 18 mois délivré par l'ANPE comprenant, le cas échéant, les périodes de stages de formation.

### **Bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA), Bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) Allocation de Solidarité Spécifique (ASS), Allocation Temporaire d'Attente (ATA)**

#### **Revenu de Solidarité Active :**

- une photocopie de l'attestation justifiant la qualité de bénéficiaire du RSA ;
- lorsque la demande d'ACCRES est formulée par le conjoint ou concubin du bénéficiaire du RSA une photocopie du livret de famille ou un certificat de concubinage.

#### **Revenu Minimum d'Insertion :**

- une photocopie de l'attestation justifiant la qualité de bénéficiaire du RMI ;

#### **Allocation de Solidarité Spécifique :**

- une photocopie de la notification d'ouverture de droit à l'ASS ou du titre du dernier paiement.

#### **Allocation Temporaire d'Attente :**

- une photocopie de la notification d'ouverture de droit à l'ATA ou du titre du dernier paiement.

### **Personne de moins de 30 ans non indemnisée, bénéficiant du contrat emploi - jeune ou reconnue handicapée**

- pour la personne âgée de 26 ans à moins de 30 ans, lorsqu'elle n'est pas indemnisée attestation sur l'honneur de non indemnisation par le régime d'assurance chômage ou lorsque son contrat emploi – jeune est rompu avant son terme, une photocopie du contrat de travail et toute pièce attestant sa rupture ;
- pour les personnes handicapées de moins de 30 ans, une photocopie de l'attestation délivrée par la commission départementale des droits et de l'autonomie (COTOREP).

### **Salarié ou personne licenciée d'une entreprise en redressement ou en liquidation judiciaire qui reprend l'activité de l'entreprise**

- une photocopie du jugement d'ouverture de la procédure de liquidation judiciaire ou à défaut, selon les cas, une attestation du liquidateur, de l'administrateur judiciaire ou du juge commissaire désigné dans la procédure.

### **Personne physique créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible (ZUS)**

- aucune pièce spécifique

### **Bénéficiaires du complément de libre choix d'activité (CLCA)**

- une photocopie de la notification d'ouverture du droit un bénéfice du CLCA ou du titre du dernier paiement.

**Vous pouvez effectuer votre demande d'ACCRES directement sur [www.cfenet.cci.fr](http://www.cfenet.cci.fr)**

|   |  |
|---|--|
| <p align="center"><b>DEMANDE DE L'AIDE A LA CREATION ET A LA REPRIS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)</b><br/> <i>s'il y a plusieurs demandeurs, remplir autant de formulaires qu'il y a de demandeurs</i></p> <p><input type="checkbox"/> Demande de l'ACCRES au moment de la déclaration d'entreprise :</p> <p><input type="checkbox"/> Demande de l'ACCRES postérieure au dépôt de déclaration d'entreprise (dans les 45 jours suivant la déclaration d'entreprise).<br/>         Préciser le numéro SIRET de l'entreprise  </p> <p><i>Création d'une entreprise individuelle : compléter les cadres 1, 2, 4 et 5.</i></p> <p><b>Création ou reprise d'une société : compléter tous les cadres de 1 à 5.</b></p> | <p>Réservé au CFE    UEFK</p> <p>Déclaration n°.....</p> <p>Reçue le .....</p> <p>Transmise le .....</p> |
|---|--|

**DECLARATION RELATIVE AU DEMANDEUR**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| <b>1</b> | <p><b>Nom de naissance</b> .....</p> <p>Prénoms : .....</p> <p>Numéro de Sécurité Sociale du demandeur :  </p> <p>Domicile : rés., bât., n°, voie, lieu dit .....</p> <p>Code postal :                 Commune / Pays .....</p> | <p>Nom d'usage --.....</p> <p>Nationalité ..... Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F né(e) le       /       /            </p> <p>Numéro de téléphone personnel : ...                               </p> <p><b>Forain</b> <input type="checkbox"/> Nom de la commune de rattachement administratif : .....</p> <p>Code postal                 Nom de la commune .....</p> |
|----------|---|--|

**MOTIF DE LA DEMANDE D'ACCRES**

|          |   |          |  |
|----------|---|----------|--|
| <b>2</b> | <p><input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi indemnisé ou indemnisable</p> <p><input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi non indemnisé inscrit à Pôle Emploi six mois au cours des dix huit derniers mois</p> <p><input type="checkbox"/> Bénéficiaire - du RSA <input type="checkbox"/> - du RMI <input type="checkbox"/> - de l'ASS <input type="checkbox"/> - de l'ATA (1) <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Jeune de 18 à 25 ans révolus</p> <p><input type="checkbox"/> Personne de moins de 30 ans non indemnisée ou reconnue handicapée</p> <p><input type="checkbox"/> Salarié ou personne licenciée d'une entreprise en redressement, liquidation judiciaire ou sauvegarde qui reprend l'activité de l'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> Personne créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible</p> <p><input type="checkbox"/> Bénéficiaire du complément de libre choix d'activité</p> <p><small>(1) parmi les allocataires de l'ATA sont éligibles à l'ACCRES: les bénéficiaires de la protection subsidiaire autorisés à exercer une activité, les ressortissants étrangers auxquels une carte de séjour temporaire a été délivrée, et les personnes en attente de réinsertion (anciens détenus et salariés expatriés non admis au régime d'assurance chômage).</small></p> | <b>3</b> | <p><i>POUR UNE SOCIETE</i></p> <p>Dénomination sociale .....</p> <p>Le demandeur :</p> <p><input type="checkbox"/> détient avec sa famille plus de 50 % du capital dont 35 % au moins à titre personnel</p> <p><input type="checkbox"/> est dirigeant et détient directement ou avec sa famille au moins un tiers du capital dont 25% au moins à titre personnel, aucun autre associé ne détenant plus de 50 % du capital</p> <p><input type="checkbox"/> détient, avec les autres demandeurs d'ACCRES, plus de 50% du capital de la société, l'un au moins des demandeurs a la qualité de dirigeant, et chaque demandeur détient une part du capital au moins égale à 10% de la part détenue par le principal actionnaire ou porteur de parts</p> <p>Nombre total d'associés (y compris le demandeur) :      </p> |
|----------|---|----------|--|

|          |  |   |
|----------|--|---|
| <b>4</b> | <p>Niveau de formation ( cf. notice)    </p> <p>Motif d'inscription à Pôle Emploi (cf. notice)    </p> <p>Qualification du dernier emploi occupé (cf. notice)    </p> <p>Date d'inscription à Pôle Emploi : le       /       /            </p> | <p>Le demandeur est titulaire d'un contrat d'appui au projet d'entreprise (CAPE) <input type="checkbox"/></p> <p>Le demandeur est en cours d'accompagnement dans le cadre du parcours NACRE <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre d'emplois (y compris le demandeur) - créés       (en cas de création)</p> <p style="padding-left: 100px;">- repris       (en cas de reprise)</p> |
|----------|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <p><i>J'atteste sur l'honneur que je n'ai pas bénéficié de l'ACCRES au cours des 3 dernières années et que les renseignements ci-dessus sont exacts, sous peine des sanctions prévues par la loi</i></p> <p>Date : _____ Signature du demandeur : _____</p> | <p align="center"><b>CADRE RESERVE A L'URSSAF</b></p> <p><input type="checkbox"/> Demande acceptée</p> <p><input type="checkbox"/> Demande refusée      Motif .    </p> <p>N° d'enregistrement du dossier ----- Date :       /       /            </p> |
|---|--|

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'info rmatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

**NOTICE DEMANDE DE L'AIDE A LA CREATION ET A LA REPRISE D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)**

**L'Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'une entreprise**

Selon le régime fiscal choisi, l'ACCRES consiste, soit en une exonération de cotisations sociales pendant 12 mois, soit en un allègement des cotisations sociales pour une durée maximale de 36 mois. Sous certaines conditions, vous pouvez bénéficier du nouvel accompagnement pour la création et la reprise d'entreprise (NACRE). Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site [www.entreprises.gouv.fr/nacre](http://www.entreprises.gouv.fr/nacre)

|                                |   |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|
| <p align="center"><b>2</b></p> | <p align="center"><b>MOTIFS DEMANDE ACCRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demandeur d'emploi indemnisé</li> <li>- Demandeur d'emploi indemnisable : personne remplissant les conditions pour bénéficier de l'allocation d'assurance chômage ou de l'allocation prévue en cas de convention de reclassement</li> <li>- Demandeur d'emploi non indemnisé inscrit à Pôle Emploi six mois au cours des dix huit derniers mois</li> <li>- Bénéficiaire du Revenu de Solidarité Active, du Revenu Minimum d'Insertion, de l'Allocation de Solidarité Spécifique ou certaines catégories de bénéficiaires de l'Allocation Temporaire d'Attente</li> <li>- Jeune de 18 à 25 ans révolus</li> <li>- Personne de moins de 30 ans non indemnisée (durée d'activité insuffisante pour l'ouverture de droits) ou reconnue handicapée</li> <li>- Salarié ou personne licenciée d'une entreprise en redressement ou en liquidation judiciaire qui reprend l'activité de l'entreprise : l'entreprise est soumise à l'une des procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires et le salarié ou la personne licenciée reprend tout ou partie de cette entreprise en s'engageant à investir en capital la totalité des aides et à réunir des apports complémentaires en capital au moins égaux à la moitié des aides accordées</li> <li>- Personne créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible</li> <li>- Bénéficiaire du complément de libre choix d'activité</li> </ul> | <p align="center"><b>PIECES JUSTIFICATIVES A PRODUIRE (photocopie)</b></p> <p align="center">Pièce d'identité du demandeur et statuts si l'exercice se fait en société.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Si l'exercice se fait en société : fournir les statuts</li> <li>➔ Notification d'ouverture de droit ou dernier titre de paiement</li> <li>➔ Bulletins de salaire <u>des 4 derniers mois</u> et lettre de licenciement ou bulletin d'acceptation de la CRP (Convention de reclassement personnalisé) ou du CTP (Contrat de transition professionnelle)</li> <li>➔ Historique de l'inscription à Pôle Emploi</li> <li>➔ Attestation justifiant la qualité d'allocataire ou de bénéficiaire des aides mentionnées</li> <li>➔ Pour les moins de 26 ans, la pièce d'identité attestant de la date de naissance suffit ;</li> <li>➔ Pour les 26 à moins de 30 ans : attestation sur l'honneur de non indemnisation par le régime d'assurance chômage ou contrat de travail accompagné de toute pièce attestant de sa rupture ; pour une personne handicapée, justificatif de reconnaissance de personne handicapée délivrée par la commission départementale des droits et de l'autonomie</li> <li>➔ Copie du jugement d'ouverture de la procédure de liquidation judiciaire ou à défaut une attestation du liquidateur, de l'administrateur judiciaire ou du juge commissaire ;</li> <li>➔ Justification de l'adresse de l'établissement où s'exerce l'activité dans la ZUS</li> <li>➔ Notification d'ouverture du droit à l'allocation, ou titre du dernier paiement.</li> </ul> |  |
| <p align="center"><b>4</b></p> | <p>Codes Niveau de formation<br/><b>initiale :</b></p> <p><b>1 :</b> Au moins Bac plus 3<br/><b>2 :</b> Bac plus 2<br/><b>3 :</b> Niveau Bac ou équivalent<br/><b>4 :</b> CAP, BEP avec diplôme ou équivalent</p> <p><b>5 :</b> Niveau CAP, BEP sans diplôme<br/><b>6 :</b> Niveau inférieur au CAP, BEP<br/><b>7 :</b> Etudes primaires</p>  | <p><b>Codes Motif d'inscription à l'ANPE :</b></p> <p><b>1 :</b> Licenciement économique<br/><b>2 :</b> Rupture de Contrat Nouvelle Embauche (CNE)<br/><b>3 :</b> Autre licenciement<br/><b>4 :</b> Suite à démission<br/><b>5 :</b> Fin de CDD</p> <p><b>6 :</b> Fin de mission d'intérim<br/><b>7 :</b> Recherche d'un premier emploi<br/><b>8 :</b> Fin de période d'inactivité<br/><b>9 :</b> Fin de contrat aidé<br/><b>0 :</b> Autre motif :</p>  | <p><b>Codes Qualification du dernier emploi occupé :</b></p> <p><b>1 :</b> Ouvrier<br/><b>2 :</b> Employé, Technicien<br/><b>3 :</b> Agent de maîtrise<br/><b>4 :</b> Profession intermédiaire, Cadre</p> <p><b>5 :</b> Artisan, commerçant<br/><b>6 :</b> Profession libérale<br/><b>7 :</b> Agriculteur<br/><b>8 :</b> Sans qualification.</p> |

**Si vous ne pouvez pas bénéficier de l'ACCRES, sachez que d'autres dispositifs de soutien à la création ou à la reprise d'entreprise ont été mis en place par les pouvoirs publics, notamment :**

**1. Le report des cotisations et contributions sociales dues au titre de la première année d'activité et l'étalement sur cinq ans de leur paiement**

Il permet au créateur ou repreneur d'une entreprise de demander un différé de paiement et, éventuellement, de bénéficier d'un paiement échelonné (sur une période maximale de 5 ans, à hauteur de 20 % au minimum par an) des cotisations et contributions sociales personnelles dues au titre des 12 premiers mois d'activité. Le bénéfice du report et de l'échelonnement du paiement des cotisations et contributions sociales doit faire l'objet d'une demande écrite de l'intéressé qui doit être présentée au plus tard à la date de la première échéance d'appel à cotisations et avant tout versement de cotisations et contributions sociales (3 mois après l'immatriculation). Contactez votre caisse du régime social des indépendants ou votre caisse URSSAF

**2. Exonération de cotisations sociales au bénéfice des salariés-créateurs**

Elle permet aux salariés qui créent ou reprennent une entreprise simultanément à leur emploi, de bénéficier, durant les 12 premiers mois d'activité, d'une exonération de cotisations sociales dues au titre de leur nouvelle activité d'entrepreneur. La demande doit être effectuée par écrit et doit intervenir au plus tard à la date de la première échéance d'appel à cotisations (3 mois après l'immatriculation et le début d'activité). Contactez votre caisse du régime social des indépendants ou votre caisse URSSAF

**3. Le régime microsocial**

Si vous relevez ou que vous avez opté pour le régime fiscal de la micro entreprise, vous pouvez bénéficier du plafonnement du montant des cotisations dues en vous acquittant d'un pourcentage de votre chiffre d'affaires, ainsi que d'un régime de déclaration trimestriel simplifié (cette mesure entrera en application au 1er janvier 2008). Contactez votre caisse du régime social des indépendants

**4. Si vous implantez votre entreprise dans une Zone Franche Urbaine (ZFU), dans une Zone de Redynamisation Urbaine (ZRU)**

Si vous vous installez en ZFU, ZRU, vous serez exonérés de vos cotisations d'assurance maladie pendant 5 ans, dans la limite d'un seuil fixé par la réglementation, à l'exclusion de la cotisation finançant les indemnités journalières. Contactez votre caisse du régime social des indépendants