

# CARNET DES SALAIRES

Déclaration des salaires pour les assurances sociales

## Données concernant l'entreprise

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_

Rue, Numéro: \_\_\_\_\_

NPA, Localité: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

## Numéro de décompte:

							.				.				
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

## Personne de contact

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone direct: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Remarques importantes

---

### **Le Guide 2018 est à votre disposition sous forme numérique**

Vous trouverez dans notre Guide, dont la version actuelle est toujours à votre disposition sur notre site web [gastrosocial.ch/download](http://gastrosocial.ch/download), des informations sur les assurances sociales ainsi que des détails sur la manière dont vous devez établir les décomptes des salaires et remplir les colonnes de la feuille des salaires.

### **Le carnet des salaires en ligne de GastroSocial**

Le décompte rapide des salaires – pour les établissements comptant jusqu'à 5 employés. Le carnet des salaires en ligne au format PDF permet la saisie électronique des données de salaire. Son utilisation est aussi simple que celle du carnet des salaires de GastroSocial sur papier.

Le carnet des salaires en ligne complété peut être envoyé soit par E-Mail directement à l'adresse [beitraegeak@gastrosocial.ch](mailto:beitraegeak@gastrosocial.ch) sous forme de fichier sauvegardé, soit par la poste à la Caisse de compensation GastroSocial.

### **Attestation des salaires à la place du carnet des salaires**

Si vous souhaitez déclarer les salaires de vos employés sans déployer trop d'effort, vous pouvez nous renvoyer l'attestation des salaires complétée au lieu des feuilles des salaires du carnet des salaires.

### **Produits en ligne de GastroSocial**

GastroSocial propose des solutions qui sont parfaitement adaptées aux besoins individuels des établissements de l'hôtellerie-restauration. Le programme des salaires miruSocial propose 4 lignes de produits. Vous pouvez choisir différentes combinaisons de modules allant du traitement des salaires à la planification de l'affectation du personnel en passant par la saisie des temps. En outre, des interfaces permettant une transmission simple et efficace des données de salaires et des mutations sont mises à votre disposition.

Vous pouvez consulter notre site web [gastrosocial.ch/online](http://gastrosocial.ch/online) pour obtenir de plus amples informations ou prendre contact avec nous. Nous serons ravis de vous conseiller.

### **Information pour les établissements décomptant en saison d'hiver**

Veillez remplir une attestation des salaires par année civile (p.ex. une attestation des salaires novembre et décembre et une autre séparée pour janvier à avril).

### **Préavis concernant l'envoi des carnets des salaires l'année prochaine**

Compte tenu de la numérisation croissante et pour des raisons écologiques, GastroSocial n'expédiera plus de carnets des salaires sous forme d'imprimé à partir de l'année prochaine. Nous continuerons de mettre le carnet des salaires et l'attestation des salaires à votre disposition sous forme numérique à l'adresse [gastrosocial.ch/online](http://gastrosocial.ch/online), sous le nom de carnet des salaires en ligne.

### Attestation des salaires

Année de décompte : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Numéro de décompte :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Important: Dès la 6<sup>ème</sup> personne, les données ne sont plus automatiquement reportées sur la feuille des salaires suivante. Si vous souhaitez ajouter des personnes, veuillez utiliser un nouveau PDF (carnet des salaires online).

	Nom, Prénom de l'assuré(e)	Numéro AVS	Date de naissance	Sexe	Période d'activité durant l'année de décompte		Salaire brut AVS durant l'année de décompte	Allocations familiales	Cotisations caisse de pension *	Sortie Oui/Non
					du	au				
1				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
2				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
3				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
4				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
5				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
6				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
7				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
8				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
9				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
10				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
11				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
12				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
13				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
14				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
15				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H						<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
<b>Total</b>										

\* À remplir si vous n'envoyez pas d'attestation des salaires séparée pour la caisse de pension.

**Date et signature de l'employeur :** \_\_\_\_\_

L'employeur atteste par sa signature le bien-fondé des présentes déclarations.

## Feuille des salaires

## Année de décompte :

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Femme  Homme

Prénom : \_\_\_\_\_

Entrée : \_\_\_\_\_ Sortie : \_\_\_\_\_

État civil :  Célibataire  Marié(e)

Divorcé(e)  Veuf/Veuve

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Après de quelle caisse-maladie l'employé est-il assuré pour les soins médico-pharmaceutiques ? \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

à plein temps  à temps partiel

Nationalité : \_\_\_\_\_

Numéro AVS : \_\_\_\_\_

Période de salaire		Parts de salaire soumises à cotisations				Déductions											Parts de salaire non soumises à cotisations				
1		2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19
Mois	Heures	Salaire mensuel fixe ou part de salaire fixe	Parts au chiffre d'affaires	Indemnités		Salaire brut AVS	AVS AI APG	Assurance-chômage	Prévoyance professionnelle (2 <sup>e</sup> pilier)	Assurance-accidents (ANP)	Assurance-maladie indemnité journalière	Impôt à la source	Autres déductions salariales		Nourriture	Logement	Total des déductions	Allocations familiales		Salaire net payé	
				a) vacances	b) jours fériés								c) 13 <sup>e</sup> salaire	a)							b)
Jan																					
Fév																					
Mar																					
Avr																					
Mai																					
Jui																					
Jui																					
Août																					
Sep																					
Oct																					
Nov																					
Déc																					
Total																					

Date et signature de l'employé : \_\_\_\_\_

Date et signature de l'employeur : \_\_\_\_\_

L'employeur atteste par sa signature le bien-fondé des présentes déclarations.

## Feuille des salaires

## Année de décompte :

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Femme  Homme

Prénom : \_\_\_\_\_

Entrée : \_\_\_\_\_ Sortie : \_\_\_\_\_

État civil :  Célibataire  Marié(e)

Divorcé(e)  Veuf/Veuve

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Après de quelle caisse-maladie l'employé est-il assuré pour les soins médico-pharmaceutiques ? \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

à plein temps  à temps partiel

Nationalité : \_\_\_\_\_

Numéro AVS : \_\_\_\_\_

Période de salaire		Parts de salaire soumises à cotisations				Déductions											Parts de salaire non soumises à cotisations				
1		2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19
Mois	Heures	Salaire mensuel fixe ou part de salaire fixe	Parts au chiffre d'affaires	Indemnités		Salaire brut AVS	AVS AI APG	Assurance-chômage	Prévoyance professionnelle (2 <sup>e</sup> pilier)	Assurance-accidents (ANP)	Assurance-maladie indemnité journalière	Impôt à la source	Autres déductions salariales		Nourriture	Logement	Total des déductions	Allocations familiales		Salaire net payé	
				a) vacances	b) jours fériés								c) 13 <sup>e</sup> salaire	a)							b)
Jan																					
Fév																					
Mar																					
Avr																					
Mai																					
Jui																					
Jui																					
Août																					
Sep																					
Oct																					
Nov																					
Déc																					
Total																					

Date et signature de l'employé : \_\_\_\_\_

Date et signature de l'employeur : \_\_\_\_\_

L'employeur atteste par sa signature le bien-fondé des présentes déclarations.

## Feuille des salaires

## Année de décompte :

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Femme  Homme

Prénom : \_\_\_\_\_

Entrée : \_\_\_\_\_ Sortie : \_\_\_\_\_

État civil :  Célibataire  Marié(e)

Divorcé(e)  Veuf/Veuve

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Après de quelle caisse-maladie l'employé est-il assuré pour les soins médico-pharmaceutiques ? \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

à plein temps  à temps partiel

Nationalité : \_\_\_\_\_

Numéro AVS : \_\_\_\_\_

Période de salaire		Parts de salaire soumises à cotisations				Déductions											Parts de salaire non soumises à cotisations				
1		2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19
Mois	Heures	Salaire mensuel fixe ou part de salaire fixe	Parts au chiffre d'affaires	Indemnités		Salaire brut AVS	AVS AI APG	Assurance-chômage	Prévoyance professionnelle (2 <sup>e</sup> pilier)	Assurance-accidents (ANP)	Assurance-maladie indemnité journalière	Impôt à la source	Autres déductions salariales		Nourriture	Logement	Total des déductions	Allocations familiales		Salaire net payé	
				a) vacances	b) jours fériés								c) 13 <sup>e</sup> salaire	a)							b)
Jan																					
Fév																					
Mar																					
Avr																					
Mai																					
Jui																					
Jui																					
Août																					
Sep																					
Oct																					
Nov																					
Déc																					
Total																					

Date et signature de l'employé : \_\_\_\_\_

Date et signature de l'employeur : \_\_\_\_\_

L'employeur atteste par sa signature le bien-fondé des présentes déclarations.

## Feuille des salaires

## Année de décompte :

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Femme  Homme

Prénom : \_\_\_\_\_

Entrée : \_\_\_\_\_ Sortie : \_\_\_\_\_

État civil :  Célibataire  Marié(e)

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Divorcé(e)  Veuf/Veuve

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

à plein temps  à temps partiel

Après de quelle caisse-maladie l'employé est-il assuré pour les soins médico-pharmaceutiques ? \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Numéro AVS : \_\_\_\_\_

Période de salaire		Parts de salaire soumises à cotisations				Déductions											Parts de salaire non soumises à cotisations				
1		2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19
Mois	Heures	Salaire mensuel fixe ou part de salaire fixe	Parts au chiffre d'affaires	Indemnités		Salaire brut AVS	AVS AI APG	Assurance-chômage	Prévoyance professionnelle (2 <sup>e</sup> pilier)	Assurance-accidents (ANP)	Assurance-maladie indemnité journalière	Impôt à la source	Autres déductions salariales		Nourriture	Logement	Total des déductions	Allocations familiales		Salaire net payé	
				a) vacances	b) jours fériés								c) 13 <sup>e</sup> salaire	a)							b)
Jan																					
Fév																					
Mar																					
Avr																					
Mai																					
Jui																					
Jui																					
Août																					
Sep																					
Oct																					
Nov																					
Déc																					
Total																					

Date et signature de l'employé : \_\_\_\_\_

Date et signature de l'employeur : \_\_\_\_\_

L'employeur atteste par sa signature le bien-fondé des présentes déclarations.

## Feuille des salaires

## Année de décompte :

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Femme  Homme

Prénom : \_\_\_\_\_

Entrée : \_\_\_\_\_ Sortie : \_\_\_\_\_

État civil :  Célibataire  Marié(e)

Divorcé(e)  Veuf/Veuve

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Après de quelle caisse-maladie l'employé est-il assuré pour les soins médico-pharmaceutiques ? \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

à plein temps  à temps partiel

Nationalité : \_\_\_\_\_

Numéro AVS : \_\_\_\_\_

Période de salaire		Parts de salaire soumises à cotisations				Déductions											Parts de salaire non soumises à cotisations				
1		2	3	4		5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19
Mois	Heures	Salaire mensuel fixe ou part de salaire fixe	Parts au chiffre d'affaires	Indemnités		Salaire brut AVS	AVS AI APG	Assurance-chômage	Prévoyance professionnelle (2 <sup>e</sup> pilier)	Assurance-accidents (ANP)	Assurance-maladie indemnité journalière	Impôt à la source	Autres déductions salariales		Nourriture	Logement	Total des déductions	Allocations familiales		Salaire net payé	
				a) vacances	b) jours fériés								c) 13 <sup>e</sup> salaire	a)							b)
Jan																					
Fév																					
Mar																					
Avr																					
Mai																					
Jui																					
Jui																					
Août																					
Sep																					
Oct																					
Nov																					
Déc																					
Total																					

Date et signature de l'employé : \_\_\_\_\_

Date et signature de l'employeur : \_\_\_\_\_

L'employeur atteste par sa signature le bien-fondé des présentes déclarations.



**Impression**

Contenu et disposition : GastroSocial, Aarau

Cet imprimé est publié en français, en allemand et en italien;  
il est disponible sur le site web [gastrosocial.ch](http://gastrosocial.ch).

© 2017, GastroSocial, 5001 Aarau  
ISO 9001: 2008/GoodPriv@cy

GastroSocial

---

Bucherstrasse 1 | Postfach 2203 | 5001 Aarau | T 062 837 71 71 | F 062 837 72 97  
info@gastrosocial.ch | www.gastrosocial.ch

Institution GastroSuisse