



santé
famille
retraite
services

Demande d'allocation journalière de présence parentale



12666*03

Merci de compléter également
un formulaire de déclaration de situation

Art. L 544-1 à L 544-9 du code de la Sécurité sociale

Ce qu'il faut savoir :

- . Vous avez un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé et vous souhaitez arrêter de travailler ponctuellement pour vous en occuper. Vous pouvez demander l'allocation journalière de présence parentale (Ajpp).
- . Vous devez être salarié(e), non salarié(e), stagiaire de la formation professionnelle rémunérée ou chômeur indemnisé. Si vous êtes salarié(e), vos périodes d'absence doivent s'inscrire dans le cadre d'un congé de présence parentale demandé à votre employeur. Vous ne pouvez pas cumuler l'allocation journalière de présence parentale et vos indemnités de chômage. Si vous êtes dans cette situation, votre Caf/MSA demandera à l'organisme qui vous verse les indemnités de chômage d'en interrompre le versement et vous percevrez un forfait de 22 allocations journalières par mois.
- . Si vous vivez en couple, vous pouvez en bénéficier tous les deux dans la limite de 22 allocations journalières par mois et par enfant malade. Dans ce cas, vous devez remplir chacun une demande.
- . Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité, d'un avantage de vieillesse ou si vous êtes au chômage non indemnisé, vous ne pouvez pas recevoir cette allocation. Il est donc inutile de faire une demande.
- . Vous pouvez percevoir, sous certaines conditions, un complément pour les frais occasionnés par l'état de santé de votre enfant.

► Merci de rappeler votre identité

Nom de famille : _____ Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____
(de naissance)

Nom d'usage : _____
(facultatif et s'il y a lieu)

Date de naissance :

Numéro d'allocataire (si vous en possédez un) :

Numéro de Sécurité sociale :

► Indiquez qui, dans votre couple (allocataire, conjoint, concubin ou pacsé), demande à bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale

Nom de famille : _____ Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____
(de naissance)

Nom d'usage : _____
(facultatif et s'il y a lieu)

Date de naissance :

Numéro de Sécurité sociale :

► Renseignements concernant le demandeur

Salarié(e). Les périodes d'absence s'inscrivent dans le cadre d'un congé de présence parentale qui a commencé le

Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Numéro de téléphone :

Travailleur indépendant ou employeur, stagiaire de la formation professionnelle rémunérée.

Précisez la date du 1^{er} jour d'arrêt de l'activité pour s'occuper de l'enfant

Chômage indemnisé

Nom de l'organisme qui verse les indemnités : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Numéro Pôle emploi : _____

S 7152 b - 10/2013

Autre situation, précisez laquelle : _____

Emplacement réservé

Date de la demande 08/01/2014

Demande d'allocation journalière de présence parentale

Certificat médical

nécessaire pour obtenir l'allocation journalière de présence parentale
Certificat (2 pages) à remettre à votre Caf/MSA sous enveloppe fermée
à l'attention du Service du contrôle médical

► Partie à compléter par l'assuré(e)

L'état civil de l'assuré(e)

Nom de famille : _____ Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____
(de naissance)

Nom d'usage : _____
(facultatif et s'il y a lieu)

Numéro de Sécurité sociale : □□□□□□□□□□□□□□□□□□

Nom ou numéro du centre de paiement ou de la section mutualiste versant les prestations maladie pour l'enfant : _____

Recevez-vous des prestations familiales ? oui non

Si oui, nom et adresse de l'organisme qui vous les verse : _____

Code postal : □□□□□□ Commune : _____

Sous quel nom ? : _____

Numéro d'allocataire Caf : □□□□□□□□ ou MSA □□□□□□□□□□□□□□□□□□

Première demande Renouvellement

► Partie à compléter par le médecin

L'état civil de l'enfant

Nom et prénom : _____

Né(e) le □□□□□□□□

Son numéro de Sécurité sociale si différent de l'assuré : □□□□□□□□□□□□□□□□□□

Diagnostic de la maladie, de l'accident ou du handicap à l'origine de la demande

Date du diagnostic □□□□□□□□

Critères de gravité et nature du traitement : _____



Demande d'allocation journalière de présence parentale

Certificat médical

► Nature des soins, contraintes, tolérance

	Nature de la prestation contraignante	Fréquence, durée et lieu des soins	Participation nécessaire d'un des parents
Traitement médical			
Traitement chirurgical			
Rééducation fonctionnelle			
Adaptation d'un appareillage			
Autre			

Durée prévisible des soins contraignants et de la présence indispensable d'un parent : _____

► Coordonnées du médecin

Nom du médecin : _____

Nom de l'établissement (le cas échéant) : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Numéro de téléphone (*facultatif*) : domicile

Spécialité : _____

Date :

Signature et cachet



santé
famille
retraite
services

Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement



11423*06

Livres V et VIII du code de la Sécurité sociale
Livre III du code de la construction et de l'habitation

Une seule déclaration de situation suffit, même pour plusieurs demandes de prestations.

Répondez à toutes les questions qui vous concernent, joignez toutes les pièces justificatives demandées, n'oubliez pas de dater et signer votre déclaration de situation.

► Allocataire

Personne qui demande les prestations familiales et qui est responsable du dossier

Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) : _____

Nom d'usage : _____
(facultatif et s'il y a lieu)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance : ville _____ département

Ou pays en cas de naissance à l'étranger : _____

Nationalité :

Française UE, EEE* ou Suisse autre

Numéro de Sécurité sociale :

Date d'entrée en France si vous résidiez à l'étranger :

* Cf liste des pays en page 4

Si vous êtes inscrit à la Caf/MSA de votre département ou avez été inscrit, au cours des 2 dernières années, en France ou à l'étranger, auprès d'un organisme versant des prestations ou avantages familiaux, précisez :

Nom de l'organisme : _____

Pays : _____

Numéro d'allocataire ou numéro de dossier : _____

► Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) : _____

Nom d'usage : _____
(facultatif et s'il y a lieu)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance : ville _____ département

Ou pays en cas de naissance à l'étranger : _____

Nationalité :

Française UE, EEE* ou Suisse autre

Numéro de Sécurité sociale :

Date d'entrée en France s'il résidait à l'étranger :

* Cf liste des pays en page 4

S'il est inscrit à la Caf/MSA de son département ou a été inscrit, au cours des 2 dernières années, en France ou à l'étranger, auprès d'un organisme versant des prestations ou avantages familiaux, précisez :

Nom de l'organisme : _____

Pays : _____

Numéro d'allocataire ou numéro de dossier : _____

► Votre adresse

Votre adresse complète : _____

Code postal : Commune : _____ Pays : _____

Numéros de téléphone - Domicile : Autre (travail ou portable) :

Adresse mél : _____ @ _____

Depuis quelle date résidez-vous à cette adresse ? :

Combien de personnes vivent à votre domicile (y compris vous et votre conjoint) ? : _____

• Si vous vivez en couple et que votre conjoint, concubin ou pacsé réside à l'étranger, précisez :

le pays : _____ depuis quelle date :

Pour bénéficier des prestations familiales, vous et vos enfants devez résider habituellement en France, sauf si votre situation relève des règlements communautaires ou d'accords internationaux.

S 7103 j - 10/2013

Emplacement réservé

Date de la demande 08/01/2014

DSIT

Page 1/4

IDX W 1005004 U



3 Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement

► Situation(s) professionnelle(s) actuelle(s)

- | | | |
|--|---|--|
| <p>■ Salarié (y compris en préretraite progressive) <input type="checkbox"/> depuis le _____
Nature du contrat (Cdd, Cdi, intérim, etc.) : _____</p> <p>■ Apprenti <input type="checkbox"/> depuis le _____
fin le : _____</p> <p>■ Stagiaire de la formation professionnelle .. <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Travailleur indépendant ou employeur <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Non salarié agricole <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Auto-entrepreneur <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> <p>■ Conjoint collaborateur <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> | <p>■ Allocataire
<input type="checkbox"/> depuis le _____</p> | <p>■ Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)
<input type="checkbox"/> depuis le _____</p> |
|--|---|--|

Pour toutes ces situations, précisez :

S'il y a lieu, le nom de l'employeur ou de l'organisme de formation et son adresse : _____

Vous ou votre employeur cotisez **en France** :

- à l'Urssaf à la MSA (régime agricole)
 autre régime, lequel ? _____

- à l'Urssaf à la MSA (régime agricole)
 autre régime, lequel ? _____

à l'étranger :

précisez le pays : _____

précisez le pays : _____

- | | | |
|---|---|---|
| <p>■ Chômeur (indemnisé ou non)..... <input type="checkbox"/> depuis le _____
Si indemnisé, précisez l'organisme _____
S'agit-il de chômage partiel ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> |
|---|---|---|

- | | | |
|--|---|---|
| <p>■ Retraité, pensionné (y compris en préretraite totale) . <input type="checkbox"/> depuis le _____
De quel(s) régime(s) percevez-vous une pension ? _____</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> |
|--|---|---|

- | | | |
|--|---|---|
| <p>■ En maladie <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> |
|--|---|---|

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <p>■ Autre cas (congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention sauf régime de semi-liberté, longue maladie, etc.): <input type="checkbox"/> depuis le _____
Nom et adresse de l'établissement en cas d'hospitalisation ou de détention : _____</p> | <p>Précisez la situation : _____</p> | <p>Précisez la situation : _____</p> |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|

<p>Si pour une de ces situations, les indemnités ou pensions sont versées par un pays étranger :</p>	<p>Nom de l'organisme et pays : _____</p>	<p>Nom de l'organisme et pays : _____</p>
---	---	---

- | | | |
|--|---|---|
| <p>■ Etudiant <input type="checkbox"/> depuis le _____</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____</p> |
|--|---|---|

- | | | |
|--|--|--|
| <p>■ Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> depuis le _____
<input type="checkbox"/> depuis toujours</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____
<input type="checkbox"/> depuis toujours</p> | <p><input type="checkbox"/> depuis le _____
<input type="checkbox"/> depuis toujours</p> |
|--|--|--|

► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints.

Fait à : _____ Le : _____

Si le signataire est un représentant de l'allocataire, précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :

Signature de l'allocataire ou de son représentant

Vous avez l'obligation de signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

La Caf/MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L.114-19 du code de la Sécurité sociale). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Articles L.114-9 - dépôt de plainte de la Caisse pouvant aboutir à : travail d'intérêt général, amende ou peine de prison, L. 114-13 - amende, L. 114-17 du code de la Sécurité sociale - prononcé de pénalités).

La loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Emplacement réservé

4 Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement

► Pièces à joindre à votre déclaration

Si vous n'êtes pas encore allocataire, veuillez joindre toutes les pièces qui vous sont demandées. Attention, vous pouvez être concernés par plusieurs rubriques.

Si vous êtes déjà allocataire, veuillez joindre uniquement les pièces relatives à votre changement de situation ou à l'arrivée d'une personne à votre foyer.

La Caf ou la MSA est susceptible de vous demander des pièces complémentaires.

Dans tous les cas, pour les nouveaux allocataires	<ul style="list-style-type: none"> • un relevé d'identité bancaire (avec code BIC - IBAN) ; • un formulaire Caf ou MSA de déclaration de ressources de l'avant dernière année civile téléchargeable sur caf.fr ou msa.fr (nécessaire pour étudier vos droits aux prestations sous condition de ressources).
Si vous attendez un enfant	<ul style="list-style-type: none"> • la déclaration de grossesse établie par un praticien.
Si vous ou votre conjoint, concubin ou pacsé êtes en chômage partiel	<ul style="list-style-type: none"> • l'attestation de l'employeur ou la photocopie des bulletins de salaires des mois concernés.
Si vous ou votre conjoint, concubin ou pacsé êtes au chômage et relevez d'un autre organisme que Pôle Emploi	<ul style="list-style-type: none"> • la photocopie de la notification d'attribution ou de refus d'allocation.
Si vous ou votre conjoint, concubin ou pacsé êtes pensionné de plusieurs régimes à la fois (général, agricole...) ou d'un pays étranger	<ul style="list-style-type: none"> • la photocopie des notifications d'attribution de chacune des pensions (retraite de base et invalidité), y compris de réversion.
Pour vous et toutes les personnes de votre foyer de nationalité étrangère nées hors de France	<ul style="list-style-type: none"> • la photocopie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport ou du titre de séjour** en cours de validité ou visa long séjour valant titre de séjour ou, en l'absence d'un de ces documents, carte de ressortissant d'un état de l'UE ou de l'EEE* ou carte du combattant (avec photo) ou livret de circulation.
Si vous êtes de nationalité étrangère autre que UE, EEE* ou Suisse	<ul style="list-style-type: none"> • pour vous : la photocopie de votre titre ou document de séjour** en cours de validité ; • et, pour vos enfants mineurs, s'ils sont nés à l'étranger : la photocopie du certificat de l'Ofii (ex. Anaem) délivré dans le cadre du regroupement familial ou du visa délivré par l'autorité consulaire et comportant le nom de l'enfant si un parent a un titre de séjour avec la mention «Scientifique» ou attestation préfectorale certifiant la régularité du séjour de l'enfant dont un parent est détenteur d'une carte de séjour temporaire avec la mention «Vie privée et familiale» attribuée au titre d'une régularisation exceptionnelle.
Si vous avez à votre charge des enfants majeurs de nationalité étrangère autre que UE, EEE* ou Suisse	<ul style="list-style-type: none"> • la photocopie de leur titre ou document de séjour** en cours de validité.
Si vous êtes demandeur d'asile, réfugié, apatride ou bénéficiaire d'une protection subsidiaire	<ul style="list-style-type: none"> • pour vous : la photocopie lisible de votre titre de séjour** en cours de validité ou récépissé constatant l'admission en France au titre de l'asile ou récépissé constatant la reconnaissance d'une protection internationale avec la décision de l'Ofpra ou de la Cour Nationale du Droit d'asile précisant le type de protection accordée ; • et, pour vous et votre conjoint : la photocopie lisible d'un acte de naissance ou, en l'absence de ce document, du document d'état civil établi par l'Ofpra ; • et, pour les enfants à votre charge : la photocopie lisible d'un acte de naissance ou, en l'absence de ce document, la photocopie du livret de famille ou du document d'état civil établi par l'Ofpra.

* **Les pays de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE)**

Allemagne – Autriche – Belgique – Bulgarie – Chypre – Croatie – Danemark – Espagne – Estonie – Finlande – France – Grèce – Hongrie – Irlande – Islande – Italie – Lettonie – Liechtenstein – Lituanie – Luxembourg – Malte – Norvège – Pays Bas – Pologne – Portugal – République Tchèque – Roumanie – Royaume-Uni – Slovaquie – Slovénie – Suède.

** La Caf/MSA vérifie les documents transmis auprès des services du Ministère de l'Intérieur.