



Demande d'allocation journalière de présence parentale



12666*01

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 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

Votre nom : _____

Vos prénoms : _____

Votre date de naissance :

Votre numéro d'allocataire (si vous en possédez un) :

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

Son nom : _____

Son prénom : _____

Sa date de naissance :

► Renseignements concernant le demandeur

- Vous êtes salarié(e). Vos périodes d'absence s'inscrivent dans le cadre d'un congé de présence parentale qui a commencé le

Nom, prénom ou raison sociale de votre employeur : _____

Son adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Son numéro de téléphone :

- Vous êtes travailleur indépendant ou employeur, stagiaire de la formation professionnelle rémunérée.

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

- Vous bénéficiez d'indemnités de chômage

Nom de l'organisme qui vous verse les indemnités : _____

Son adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Votre numéro Assedic : _____

- Autre situation, précisez laquelle : _____

S 7152

Emplacement réservé à la Caf

W 1105001 S Date de demande : 04/01/2008

DAJPP

2 Demande d'allocation journalière de présence parentale

► Renseignements concernant l'enfant pour lequel vous demandez l'allocation

Vous devez faire une demande pour chaque enfant.

Son nom : _____ Son prénom : _____

Sa date de naissance : □□□□□□□□□□

Personne qui prend en charge l'enfant pour l'assurance maladie :

Son nom : _____ Son prénom : _____

Son numéro de Sécurité sociale : □□□□□□□□□□□□□□□□

Organisme qui rembourse les frais de maladie de l'enfant :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : □□□□□□ Commune : _____

► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints. Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

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

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.114-13 du code de la Sécurité sociale - Article 441.1 du code pénal). La Caf vérifie l'exactitude des déclarations.

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 rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

.....

Attestation à faire compléter par votre médecin

Vous pouvez également joindre une attestation identique établie par le médecin sur papier libre.

Période prévisible des soins contraignants et de la présence parentale, à compter de □□□□□□□□ pour □ mois.

Nom, prénom du médecin : _____

Fait à : _____ Le : □□□□□□□□□□

Signature et cachet du médecin

► Pièce à joindre à votre demande

Vous devez obligatoirement joindre à votre demande, **sous enveloppe fermée**, le certificat médical détaillé (en pages 3 et 4) complété par votre médecin.

Pour que votre dossier soit traité rapidement :

- répondez à toutes les questions qui vous concernent
- n'oubliez pas de compléter une déclaration de situation.

Emplacement réservé à la Caf

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 sous enveloppe fermée.

► Partie à compléter par l'assuré(e)

L'état civil de l'assuré(e)

Nom et prénom : _____

Pour les femmes, indiquer le nom de naissance, suivi s'il y a lieu du nom d'époux.

Son 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 : _____

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

Si vous faites en même temps plusieurs demandes de prestation,
une seule déclaration de situation est nécessaire.

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

► Allocataire (vous-même)

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

Monsieur Madame

Votre nom de naissance : _____

Votre nom d'époux(se) : _____

Vos prénoms : _____

Votre date de naissance :

Votre lieu de naissance (pays si vous n'êtes pas de nationalité française) : _____

Votre nationalité :

Française Espace économique européen* Autre

Votre numéro de Sécurité sociale (si vous en avez un) :

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

**Etes-vous inscrit à la Caf de votre département de résidence,
y compris au titre du Rmi ?**

oui : votre n° d'allocataire :

non : êtes-vous ou avez-vous été inscrit à un autre organisme ?

oui, lequel ? _____

Votre n° d'allocataire

non

► Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)

Monsieur Madame

Son nom de naissance : _____

Son nom d'époux(se) : _____

Ses prénoms : _____

Sa date de naissance :

Son lieu de naissance (pays s'il (elle) n'est pas de nationalité française) : _____

Sa nationalité :

Française Espace économique européen* Autre

Son numéro de Sécurité sociale (s'il en a un) :

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

**Est-il (elle) inscrit(e) à la Caf de votre département de résidence,
y compris au titre du Rmi ?**

oui : son n° d'allocataire :

non : est-il ou a-t-il été inscrit à un autre organisme ?

oui, lequel ? _____

Son n° d'allocataire

non

► Votre adresse complète

Adresse complète : _____

Code postal : Commune : _____

Numéro de téléphone (facultatif) : domicile autre (travail ou portable)

Adresse e-mail : _____ @ _____

Depuis quelle date résidez-vous à cette adresse ?

* Les pays de l'Espace économique européen

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

S 7103 i

Emplacement réservé à la Caf

W 1005003 T Demande du 04/01/2008

DSIT



Déclaration de situation pour les prestations 2 familiales et les aides au logement

► Précisez votre situation familiale

• Vous vivez en couple

- Vous êtes mariés depuis le
- Vous êtes pacsés depuis le
- Vous vivez en couple sans être mariés et sans être pacsés depuis le
- Vous avez repris la vie commune depuis le

• Vous vivez seul(e)

- Vous êtes séparé(e) de fait* depuis le
- Vous êtes séparé(e) légalement depuis le
- Vous êtes divorcé(e) depuis le
- Vous êtes veuf(ve) depuis le
- Vous avez rompu votre vie en concubinage depuis le
- Vous avez toujours vécu(e) seul(e) et vous êtes célibataire

* Une séparation de fait, c'est une séparation du couple sans intervention du juge.

► Enfants et autres personnes vivant à votre domicile

Nom et prénoms	Lien de parenté <i>Fille, fils, nièce, neveu, enfant recueilli, parent,...</i>	Date de naissance	Situation actuelle <i>Scolarité, apprentissage, activité professionnelle...</i>	Date d'arrivée au domicile
1 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
2 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
3 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
4 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
5 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
6 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

► Si vous êtes âgé(e) de moins de 25 ans ou si votre conjoint, concubin(e) ou pacsé(e) est âgé(e) de moins de 25 ans

⚠ Si vous demandez des allocations, vos parents ne pourront plus bénéficier des allocations qu'ils touchent pour vous.

	Allocataire	Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)
Les parents perçoivent-ils pour vous des prestations (Af, Apl, Rmi, etc.) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui , nom du parent allocataire :	_____	_____
Son prénom :	_____	_____
Son adresse :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Son organisme d'allocations familiales :	_____	_____
Son numéro d'allocataire :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

3

► Situation professionnelle

Allocataire **Conjoint,
concubin(e) ou pacsé(e)**

- | | | |
|---|--|--|
| ■ Salarié(e) (<i>y compris contrat emploi consolidé CEC</i>)..... | <input type="checkbox"/> depuis le _____ | <input type="checkbox"/> depuis le _____ |
| ■ Apprenti(e) | <input type="checkbox"/> depuis le _____ | <input type="checkbox"/> depuis le _____ |
| ■ Stagiaire de la formation professionnelle | <input type="checkbox"/> depuis le _____ | <input type="checkbox"/> depuis le _____ |
| ■ CES (<i>contrat emploi solidarité</i>) | <input type="checkbox"/> depuis le _____ | <input type="checkbox"/> depuis le _____ |
| | fin le : _____ | fin le : _____ |

Pour toutes ces situations, précisez :

Le nom de l'employeur ou de l'organisme de formation _____

Son adresse :

Votre employeur cotise :

<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa (<i>régime agricole</i>)	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa (<i>régime agricole</i>)
<input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? _____		<input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? _____	

■ Travailleur indépendant ou employeur	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____		
<i>Vous cotisez :</i>	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa (<i>régime agricole</i>)	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa (<i>régime agricole</i>)

■ Conjoint collaborateur	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
--------------------------------	--	--

■ Chômeur (indemnisé ou non)	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
------------------------------------	--	--

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

■ Retraité(e), pensionné(e)	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
-----------------------------------	--	--

Percevez-vous une pension du régime agricole ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	---	---

■ Maladie	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
-----------------	--	--

■ Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> depuis toujours	<input type="checkbox"/> depuis toujours
---------------------------------------	--	--

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

■ Autre cas (<i>congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention, longue maladie, etc.</i>)	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
--	--	--

Précisez :

Nom et adresse de l'établissement en cas de détention ou d'hospitalisation :

► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints. Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

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

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1, L.835.5 du code de la Sécurité sociale - Article L 351.13 du code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du code pénal). La Caf vérifie l'exactitude des déclarations.

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 rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.



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

Informations pratiques

Pour que votre dossier soit traité rapidement :

- répondez à toutes les questions qui vous concernent
- joignez toutes les pièces justificatives demandées
- datez et signez votre déclaration de situation

► Pièces à joindre à votre déclaration, si c'est votre première demande

Quelle que soit votre situation

- un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne
- une déclaration de ressources.

Si vous êtes de nationalité française ou ressortissant de l'espace économique européen (Eee)*

- La photocopie lisible d'un des documents suivants, pour vous-même, votre conjoint, concubin ou pacsé, chaque enfant ou autre personne vivant à votre foyer : carte nationale d'identité, ou livret de famille, ou passeport, ou extrait d'acte de naissance, ou carte d'ancien combattant ou d'invalidité, ou titre de séjour.

Si vous êtes ressortissant d'un état hors Eee*

- La photocopie lisible des documents suivants :
 - Pour vous-même : titre de séjour en cours de validité.
 - Pour votre conjoint, concubin ou pacsé, chaque enfant de 18 ans et plus, chaque autre personne vivant à votre foyer : livret de famille, ou titre de séjour, ou extrait d'acte de naissance ou passeport.

Si vous êtes réfugié ou apatride

- La photocopie lisible de l'un des documents suivants :
 - titre de séjour en cours de validité
 - récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation provisoire de séjour portant la mention « reconnu réfugié » ou « admis au titre de l'asile »
 - décision de l'Ofpra ou de la Commission des recours des réfugiés accordant le bénéfice de la protection subsidiaire accompagnée du récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation provisoire de séjour.

Si vos enfants sont de nationalité étrangère et sont nés à l'étranger

- Si vous êtes français, la photocopie lisible du :
 - titre de séjour pour vos enfants de plus de 18 ans
- Si vous êtes de nationalité étrangère, la photocopie lisible du :
 - titre de séjour pour vos enfants de plus de 18 ans
 - certificat de l'Omi délivré dans le cadre du regroupement familial pour vos enfants de moins de 18 ans.

Si vos enfants de plus de 16 ans sont en apprentissage, en stage ou salariés

- La photocopie lisible du :
 - contrat d'apprentissage, attestation de stage, premier et dernier bulletins de salaire ou avis de paiement Assedic, selon le cas.

Si vous êtes au chômage ou en pré-retraite

- La photocopie lisible de :
 - la notification d'attribution ou de refus d'allocations d'Assedic ou du secteur public.

Si vous percevez une pension du régime agricole

- La photocopie lisible des :
 - notifications d'attribution de chacune de vos pensions.

Si vous êtes enceinte

- la déclaration de grossesse établie par votre médecin ou sage-femme, si vous ne l'avez pas déjà envoyée à votre Caf.

* Les pays de l'Espace économique européen

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