

*Merci de compléter également
un formulaire de déclaration de situation.*

Art. L 544.1 à L 544.8 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 ou travailler à temps partiel pour vous occuper de cet enfant. Vous pouvez demander l'allocation de présence parentale (App).
- Vous devez être salarié(e), non salarié(e), conjoint collaborateur, stagiaire de la formation professionnelle ou chômeur indemnisé. Si vous êtes salarié(e), vous devez avoir cessé ou réduit votre activité dans le cadre d'un congé de présence parentale (CPP) demandé à votre employeur.
- Il ne peut être versé qu'une seule allocation à taux plein par famille en faveur du parent qui arrête de travailler. Si vous vivez en couple et si vous décidez de travailler tous les deux à temps partiel, vous pouvez cumuler deux allocations à taux réduit. Dans ce cas, vous devez chacun remplir une demande.
- Il est inutile de faire une demande si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité, d'un avantage vieillesse, de l'allocation d'adultes handicapés ou si vous êtes au chômage non indemnisé. Dans ces cas, vous ne pouvez pas bénéficier de cette allocation.
- Vous ne pouvez pas cumuler l'App et vos indemnités de chômage. Mais vous n'avez aucune démarche à faire : votre Caf va demander à l'organisme qui vous verse les indemnités de chômage d'interrompre le versement pendant que vous percevez l'App.
- Si vous percevez des indemnités journalières pour maladie, maternité, paternité, adoption ou accident du travail, vous devrez attendre la fin de votre indemnisation pour présenter votre demande, car cette allocation n'est pas cumulable avec ces indemnités.

► Merci de rappeler votre identité

Votre nom : _____ Votre prénom : _____

Votre date de naissance : _____

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

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

Son nom : _____ Son prénom : _____

Sa date de naissance : _____

► Le demandeur a cessé totalement ou partiellement son activité

Vous avez interrompu votre activité ou formation professionnelle.

Si vous êtes salarié(e), vous devez avoir interrompu votre activité dans le cadre d'un congé de présence parentale depuis le _____ jusqu'au _____

Vous avez réduit à temps partiel votre activité professionnelle.

Si vous êtes salarié(e), vous devez avoir réduit votre temps de travail dans le cadre d'un congé de présence parentale depuis le _____ jusqu'au _____

Votre durée d'activité réduite par rapport à la durée à temps plein est de _____ %.

Nom, prénom, adresse et téléphone de votre employeur : _____

Vous bénéficiez d'indemnités de chômage.

Nom, adresse et téléphone de l'organisme qui verse les indemnités : _____

Votre numéro Assedic : _____

S 7158

Emplacement réservé à la Caf

W 6064001Y Demande du 08/02/2004

DAPP



2 Demande d'allocation de présence parentale

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

Vous devez faire une demande pour chaque enfant.

Son nom et son prénom : _____

Sa date de naissance : _____

Nom et prénom de la personne qui prend en charge l'enfant pour l'assurance maladie : _____

Son numéro de sécurité sociale : _____

Nom et adresse de l'organisme qui rembourse les frais de maladie de l'enfant : _____

► 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 Caf vérifie l'exactitude des déclarations effectuées, notamment au moyen d'une enquête menée par un agent de contrôle assermenté. La Caf engagera des poursuites pénales à l'encontre de toute personne coupable de fraudes et fausses déclarations. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441.1 du code pénal).

La loi 78-17 du 06/01/1978 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

Durée prévisible des soins contraignants et/ou de la présence parentale : _____ mois.

Nom, prénom ou cachet du médecin : _____

Fait à _____ Le _____

Signature et cachet du médecin

.....

► Pièce à joindre à votre demande

Vous devez obligatoirement joindre à votre demande, dans une 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

3 Certificat médical nécessaire pour obtenir l'allocation de présence parentale

Certificat (2 pages) à remettre à votre Caf sous enveloppe fermée

Partie à compléter par l'assuré(e)

Nom et prénom : Pour les femmes, indiquer le nom de naissance, suivi s'il y a lieu du nom d'époux

Numéro d'immatriculation : _____

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 : _____

Partie à compléter par le médecin

L'état civil de l'enfant

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____

N° d'immatriculation si différent de l'assuré : _____

■ Diagnostic principal

Date du diagnostic : _____

Diagnostic détaillé : énoncé précis de la pathologie

Affection périnatale : oui non

Critère de gravité : _____

Evolution prévisible de l'état de l'enfant : _____

4 Certificat médical

► Nature des soins, contraintes, tolérance

| | Nature des soins | Fréquence, durée et lieux des interventions | Participation des parents |
|------------------------------|------------------|---|---------------------------|
| Traitement médical | | | |
| Traitement chirurgical | | | |
| Greffé - transplantation | | | |
| Soins psychothérapeutiques | | | |
| Rééducation | | | |
| Dépendance à un appareillage | | | |
| Autres prises en charge | | | |

► Nécessité de la présence d'un des parents auprès de l'enfant

(notamment en raison du retentissement de l'état de santé de l'enfant sur sa vie sociale, sa scolarité...)

Durée prévisible des soins contraignants et/ou de la présence soutenue d'un parent : _____

► Coordonnées du médecin

Nom du médecin : _____

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

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone (facultatif) : _____

Spécialité : _____

Date : _____

Signature et cachet

LETTRE-TYPE DE DEMANDE DE CONGÉ DE PRÉSENCE PARENTALE

à adresser à votre employeur au moins 15 jours avant le début du congé
par lettre recommandée avec demande d'avis de réception

Nom, Prénom

Lieu, date

Adresse

Fonction

Objet : demande de congé de présence parentale

Madame, Monsieur,

Je vous informe que mon enfant (*nom et prénom*) est victime (*d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap*) grave, et que son état de santé nécessite ma présence à ses côtés.

En vertu de l'article L.122-28-9 du code du travail, je souhaite bénéficier, à compter du (*date*) et pour une durée de 4 mois maximum, d'un congé de présence parental (*à temps complet ou partiel*) tel qu'il est prévu au premier alinéa dudit article du code du travail.

Je vous joins le certificat médical attestant de la durée prévisible de la nécessité de ma présence auprès de mon enfant compte tenu de son état de santé.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

(*signature*)

Déclaration de situation

*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 résidez 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 – Danemark – Espagne – Finlande – Grande Bretagne – Grèce – Irlande – Islande – Italie – Liechtenstein – Luxembourg – Norvège – Pays Bas – Portugal – Suède

S 7103h

Emplacement réservé à la Caf

W 1005002S Demande du 08/02/2004

DSIT



2 Déclaration de situation

►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 | Date de naissance | Situation actuelle | Date d'arrivée au domicile |
|----------------|--|-------------------|--------------------|----------------------------|
| 1 | Fille, fils, nièce, neveu, enfant recueilli, parent,... | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

► **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 : | | |
| Son organisme d'allocations familiales : | | |
| Son numéro d'allocataire : | | |

3 Déclaration de situation

► 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 :

à l'Urssaf à la Msa (*régime agricole*)

à l'Urssaf à la Msa (*régime agricole*)

autre régime, lequel ?

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 |
| <i>Percevez-vous une pension du régime agricole ?</i> | <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 :

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

Le :

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 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.



4 Déclaration de situation

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 du :
 - certificat de réfugié délivré par l'Ofpra.

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
 - visa de long séjour pour vos enfants de moins 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'Assédic 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, si vous ne l'avez pas déjà envoyée à votre Caf.

* Les pays de l'Espace économique européen

Allemagne – Autriche – Belgique – Danemark – Espagne – Finlande – Grande Bretagne – Grèce – Irlande – Islande – Italie – Liechtenstein – Luxembourg – Norvège – Pays Bas – Portugal – Suède