DEMANDE DE PRIME D'INSTALLATION POUR UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) NOUVELLEMENT AGRÉÉ(E)

ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf de l'Aube

Allocataire Caf ☐ OUI N°d'allocataire :……..
Si NON dépendez-vous du régime agricole ? ☐ OUI ☐ NON

Nom : …… Nom d'épouse (s'il y a lieu) : ……

Prénoms : …….. Date de naissance : …./…./…….

Adresse : ……

Téléphone : ……..

Agrément délivré le : …./…./……. par le Conseil général de : ……..

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) M(me) ……..

Déclare solliciter l'attribution de la prime d'installation et m'engager sur l'honneur à respecter les engagements figurant dans la charte d'engagements réciproques dont j'ai pris connaissance.

Date : …./…./……. Signature :

A cocher par le demandeur	Pièces à joindre obligatoirement au dossier pour bénéficier du paiement de la prime	RESERVE A LA CAF	
		Pièce fournie	Pièce manquante
☐	Charte d'engagements réciproques signée et paraphée	☐	☐
☐	Imprimé de demande complété et signé	☐	☐
☐	Photocopie de la notification d'agrément	☐	☐
☐	Photocopie de l'attestation de formation	☐	☐
☐	Photocopie des deux premiers bulletins de salaire	☐	☐
☐	RIB	☐	☐
☐	Photocopie recto verso de la pièce d'identité pour les non allocataires	☐	☐

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE SERA RETOURNEE AU DEMANDEUR

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des informations fournies et autorise le traitement informatique des renseignements donnés dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Je prends connaissance du fait qu'ils pourront être vérifiés. Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait.
Ce formulaire, dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées, est à retourner à la :

Caisse d'Allocations Familiales de l'Aube
Service d'Action Sociale - Aides Financières Individuelles
15 avenue Pasteur - BP 507 - 10031 TROYES CEDEX

CADRE RESERVE A LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Taux de couverture départemental : **Taux de couverture local :**
Montant de la prime :

DECISION : Accord ☐ Refus ☐

Date : **Signature :**