

ESTIMATION DROIT COMPLÉMENT MODE DE GARDE (CMG) ET/OU DROIT HORAIRE ATYPIQUES (HA)

Prest 2014-01 – maj 01/2018

109 bd Louis Blanc – 85932 La Roche sur Yon Cedex 9
Tél. 0810.25.85.10 – www.caf.fr

N° allocataire :

Téléphone :

Pour quel mois demandez-vous cette estimation ?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Merci d'inscrire dans le cadre ci-dessus vos nom et adresse pour retour du courrier

1 – MODES DE GARDE ENVISAGES

| | Oui | Non | |
|--|-----|-----|---------------------------|
| Emploi direct Assistante Maternelle (1) | | | Si oui, compléter cadre 2 |
| Emploi direct d'une salariée à domicile | | | Si oui, compléter cadre 3 |
| Accueil en micro crèche | | | Si oui, compléter cadre 4 |
| Garde à domicile par une entreprise ou association habilitée | | | Si oui, compléter cadre 5 |

(1) Date éventuelle de fin de contrat de l'assistante maternelle :

2 – ASSISTANTE MATERNELLE

➤ Noms et prénoms des enfants gardés :

| | 1 ^{er} enfant | 2 ^{ème} enfant | 3 ^{ème} enfant |
|----------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Nom / prénom (enfant) | | | |
| Date de naissance | | | |
| Nombre d'heures de garde du mois | | | |

➤ Coût total estimé pour le mois demandé :

• Salaire net pour l'ensemble des enfants gardés :

• Montant indemnités d'entretien :

Coût total estimé

3 – EMPLOI DIRECT D'UNE SALARIÉE À DOMICILE

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Salaire net payé | | |
| Nb d'heures de garde du mois concerné | | |



4 – ACCUEIL EN MICRO CRÈCHE

➤ Nom de la micro crèche :

| | <i>1^{er} enfant</i> | <i>2^{ème} enfant</i> | <i>3^{ème} enfant</i> |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nom et prénom de l'enfant | | | |
| Date de naissance | | | |
| Nb d'heures de garde du mois concerné | | | |
| Coût estimé pour le mois demandé | | | |

5 – GARDE À DOMICILE PAR UNE ASSOCIATION OU ENTREPRISE HABILITÉE

➤ Nom de l'entreprise ou de l'association habilitée :

| | Heures mensuelles de 7 H 30 à 19 H | Heures mensuelles autres (1) | Total |
|---|---|-------------------------------------|--------------|
| Nombre d'heures | | | |
| Montant total dépense mensuelle pour le mois concerné | | | |

(1) Avant 7H30, après 19H, samedi, dimanche et jour férié

Signature de l'allocataire

Le

RÉPONSE CAF - ESTIMATION MOIS DE :

Estimation calculée en fonction des éléments fournis sur ce document, du barème et des textes en vigueur. Ce document n'est pas un avis de droit.

Si votre situation devait changer, contactez un Travailleur Social de la Caf : coordonnées sur le Caf.fr

CMG pour emploi d'une assistante maternelle :

- Montant prise en charge du salaire :
- Montant prise en charge des cotisations, versées à PAJEMPLOI :

CMG pour emploi d'une salariée à domicile

- Montant prise en charge du salaire :
- Montant prise en charge des cotisations, versées à PAJEMPLOI :

CMG micro crèche :

CMG garde à domicile par une structure habilitée :

Aide Horaires Atypiques (Législation CAF Vendée) :

Le

Votre Technicien Conseil