



## DEMANDE D'AIDE

### ACCUEIL DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP EN MAISON D'ASSISTANTES MATERNELLES

Nom : ..... Prénoms : .....

Allocataire :  Oui N° d'allocataire : \_ \_ \_ \_ \_  
 Non

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

#### Maison d'Assistants Maternelles (MAM)

Nom de la MAM : .....

Adresse :  
.....

#### Liste des pièces à joindre

- Imprimé de demande complété et signé
- Attestation relative aux enfants accueillis (1 par enfant)
- Photocopie de la notification d'agrément pour l'exercice au sein d'une MAM
- Règlement ci-joint approuvé et signé
- Copie du projet de fonctionnement de la MAM

#### Si vous n'êtes pas allocataires à la CAF de l'Aube, merci de bien vouloir joindre :

- Photocopie recto verso de la pièce d'identité
- Déclaration de situation
- Relevé d'identité bancaire

#### Déclaration sur l'honneur :

Je, soussigné(e) ....., 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.

Fait à :

Le

Signature

**ATTESTATION**  
**relative à l'enfant en situation de handicap**  
**accueilli en MAM**

(1 par enfant)

**L'assistante maternelle :**

Nom, prénom : .....

N°allocataire : .....

**L'enfant :**

Nom : ..... Date de naissance : \_ \_ \_ \_ \_

Prénom : ..... N° allocataire de la famille : \_ \_ \_ \_ \_

**Les modalités d'accueil sur le dernier trimestre :**

Nombre d'heures d'accueil par semaine : ..... Date de début de l'accueil : \_ \_ \_ \_ \_

Nombre de demi-journées par semaine : ..... Date de fin de l'accueil(*si connue*) : \_ \_ \_ \_ \_

Soit ..... mois d'accueil sur le trimestre

Déclaration pour l'obtention de l'aide supplémentaire :

Je certifie sur cette période avoir limité le nombre d'enfants accueillis à ..... enfants,  
soit moins que ce que me permet mon agrément, pour me consacrer à l'accueil de l'enfant  
mentionné ci-dessus

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

# REGLEMENT

## relatif à l'aide aux maisons d'assistantes maternelles pour l'accueil d'enfants en situation de handicap

La Caisse d'allocations familiales de l'Aube a décidé d'octroyer une aide aux assistantes maternelles exerçant en maison d'assistantes maternelles (MAM) afin de favoriser l'accueil d'enfants en situation de handicap, sous réserve de l'accueil effectif de l'enfant.

### Conditions générales :

Cette aide est destinée aux professionnelles agréées domiciliées dans le département de l'Aube et exerçant au sein d'une maison d'assistantes maternelles implantée dans l'Aube

### Conditions relatives à l'enfant et aux modalités d'accueil :

L'enfant concerné doit être âgé de moins de 6 ans

Il doit être bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

### Critères d'attribution de l'aide :

L'accueil doit se dérouler sur une amplitude hebdomadaire supérieure à 8 heures

Cet accueil doit être réparti sur au moins 4 demi-journées par semaine

La Mam devra être inscrite sur le site monenfant.fr.

### Montant de l'aide :

L'aide se décompose en :

- Une aide de base de 100€ par enfant bénéficiaire de l'AEEH pour chaque mois d'accueil – tout mois engagé donne lieu au versement de l'aide

- Une aide complémentaire de 100€ par enfant bénéficiaire de l'AEEH pour chaque mois d'accueil dans le cas d'une limitation du nombre d'enfants accueillis par rapport à ce qu'autorise l'agrément, du fait d'une attention et de soins soutenus de la part de l'assistante maternelle

### Modalités :

Le versement de l'aide s'effectue chaque trimestre, à terme échu, par virement sur le compte de l'allocataire.

Pour une première demande, le dossier complet est à remettre chaque trimestre. L'attestation relative à l'enfant accueilli sera à compléter (1 attestation par enfant concerné).

Tous les documents sont à transmettre par courriel à l'adresse suivante :

**aides-individuelles.cafroyes@caf.cnafmail.fr**

Le respect des présentes dispositions et la véracité des déclarations effectuées pourront le cas échéant faire l'objet d'un contrôle par les services de la CAF.

Je soussigné(e) ..... assistant(e) maternel(le)  
exerçant dans la MAM .....située à .....  
atteste avoir pris connaissance du règlement ci-dessus.

Nom prénoms de(s) l'enfant(s) accueilli(s) :

-  
-  
-

Lu et approuvé

Fait à :

Signature :

Le :