

 <b>ALLOCATIONS FAMILIALES</b> <b>Caf des Landes</b>	<b>DEMANDE D'UNE AIDE INDIVIDUELLE POUR LA GARDE D'ENFANT EN HORAIRES DÉCALÉS</b>  <b>JUILLET 2024</b>
--	--

(à remplir à l'encre noire par les parents et à faire contresigner par la personne ayant réalisé les heures décalées)

Horaires décalés :

- avant 7h30 le matin et après 18h le soir

- et les week-end et jours fériés

Remarque :

La prise en charge du salaire versé est revalorisée au titre du CMG majoré si les parents emploient plus de 25 heures dans le mois, leur assistant(e) maternel(le) ou leur garde à domicile sur des horaires spécifiques, tandis qu'eux-mêmes travaillent sur ces mêmes horaires. Le droit au CMG majoré est prioritaire et cumulable avec l'aide en horaires décalés.

<b>DÉCLARATION DE LA FAMILLE</b>
----------------------------------

**N° allocataire :**

**Adresse :**

**Allocataire :** Nom : Prénom :  
Profession :  
Nom, adresse, n° de tel de l'employeur :

Lieu d'activité si différente de l'adresse employeur :

**Conjoint :** Nom : Prénom :  
Profession :  
Nom, adresse, n° de tel de l'employeur :

Lieu d'activité si différente de l'adresse employeur :

attestons sur l'honneur avoir eu une activité professionnelle en horaires décalés sur **ce mois**, ou avoir été dans l'incapacité de garder mon (mes) enfant(s) sur ces horaires.

**Déclarons avoir fait garder notre ou nos enfants de moins de 11 ans :**

Enfant	Nom	Prénom	Date de naissance
1er enfant			
2ème enfant			
3ème enfant			



par le mode de garde suivant : (cochez la ou les cases correspondantes)

- assistant(e) maternel(le) agréé(e)
- employé(e) à domicile embauchée directement
- employé(e) à domicile via un prestataire de services agréé pour la garde d'enfants
- par une micro-crèche ou crèche familiale ayant opté pour le CMG structure

et avoir assumé en conséquence une dépense nette (hors indemnités de repas) après déduction de toutes les aides mobilisables (CMG, aide comité d'entreprise, aide employeur) de :

.....euros,

pour la totalité des heures de garde de mon(mes) enfant(s) sur le mois civil allant du :

**1er juillet 2024 au 31 juillet 2024.**

Le

Signature de l'allocataire

Signature du conjoint de l'allocataire

**DÉCLARATION DE LA OU LES PERSONNES AYANT RÉALISÉ LA GARDE**

Nom et Prénom	Qualité (*)	Commune de garde	Mention manuscrite à écrire et signature à apposer « J'atteste la véracité de toutes les informations portées par les parents sur les précédentes pages. »

(\*) : précisez si vous êtes assistant(e) maternel(le) ou employé(e) à domicile, une entreprise/association prestataire de services (dans ce cas précisez le nom de l'employeur), ou une micro-crèche ou une crèche familiale ayant opté pour le CMG structure.

**LES PRÉSENTS SIGNATAIRES DÉCLARENT AVOIR FAIT TOUTES LES FORMALITÉS NÉCESSAIRES POUR REMPLIR LEURS OBLIGATIONS D'EMPLOYEUR ET SONT SOUMIS À L'ARTICLE 441.6 DU CODE PENAL :**

**" Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 534 euros d'amende, le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique ou d'un organisme chargé d'une mission de service public, une allocation, un paiement ou un avantage indu ".**

*Document à renvoyer complété et signé au plus tard le **31/08/2024** à*

*CAF des Landes  
207 rue Fontainebleau  
40 023 Mont de Marsan cedex*

