

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

NOUVELLEMENT AGREE(E)

Allocataire Caf : NON OUI N° d'allocataire :

Nom :Nom d'épouse (s'il y a lieu)

Prénoms :

Adresse :

N° téléphone fixe :N° téléphone portable :

Agrément délivré par le conseil départemental des Alpes-Maritimes le/...../

DECLARATION 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.
- Certifie être agréé(e) pour la première fois
- Atteste sur l'honneur ne pas avoir déjà perçu de prime d'installation d'un autre département
- M'engage à prévenir la Caf des Alpes-Maritimes en cas de cessation d'activité
- M'engage à figurer sur le site monenfant.fr
- Déclare exercer mon activité :

A Domicile En Maison D'Assistant(e)s Maternel (e)s - (MAM)

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

Fait à : Date ://

Signature :



Rappel des pièces à fournir

- imprimé de demande complété et signé
- photocopie de la notification d'agrément
- photocopie de l'attestation de formation ou de dispense de formation
- les photocopies des deux premiers bulletins de salaire (Paje Emploi ou autres ...)
- charte d'engagement signée et complétée
- pour les **non-allocataires** :
 - Copie (recto/verso) d'une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, carte de séjour)
 - BIC/IBAN – RIB
- Projet de fonctionnement pour les assistant(e)s maternel(le)s exerçant en Maison d'Assistant(e)s Maternel(le)s

Ce formulaire, dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées, est à retourner à l'adresse suivante :

Caisse d'Allocations familiales des Alpes-Maritimes
Pôle des Aides financières individuelles
06175 Nice Cedex 2



Toute demande incomplète sera retournée au demandeur



000000114600000000