ALLOCATIONS FAMILIALES
Caf de l'Aube

caf.fr

DEMANDE D'AIDE

ACCUEIL DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP AU DOMICILE D'ASSISTANT(E)S MATERNEL(LE)S OU EN MAISON D'ASSISTANT(E)S MATERNEL(LE)S (MAM)

Nom : ..... Prénoms : .....

Allocataire : ☐ Oui N° d'allocataire : _ _ _ _ _ _

☐ Non

Adresse : .....

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

Téléphone : .....

Si Maison d'Assistant(e)s Maternel(le)s (MAM)

Nom de la MAM :.....

Adresse : .....

Liste des pièces à joindre

- ☐ Imprimé de demande complété et signé
- ☐ Attestation relative aux enfants accueillis (un par enfant)
- ☐ Photocopie de la notification d'agrément de l'assistant(e) maternel(le)
- ☐ 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