



## Demande d'aide financière pour le répit parental

Service Action Sociale

Caf de la Charente-Maritime – CS 90000 – 17073 LA ROCHELLE CEDEX 9

- Vous êtes allocataire et vous percevez l'Aeeh
- Vous êtes allocataire et votre enfant est porteur de handicap en cours de détection

ET vous avez besoin de prendre du temps pour des activités/des démarches

Nom – Prénom : .....		N° allocataire : .....	
Adresse : .....			
Tél : .....		Email : .....	
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> séparé(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)
Depuis le : .....		Nombre d'enfants à charge : .....	

- Etes-vous sous mesure de protection (tutelle, curatelle, mesure d'accompagnement social personnalisé, mesure d'accompagnement judiciaire) ?  oui, précisez : .....  non  
Si oui, nom de la personne qui assure votre protection : .....  
Tel : .....

- Avez-vous rencontré un travailleur social pour cette demande ?  oui  non

Si oui, nom du travailleur social : .....

Organisme : .....tél : .....

### Votre situation financière

- Etes-vous engagé dans une procédure de surendettement auprès de la Banque de France :

Oui  Non

Si oui, où en est votre dossier ?

En cours d'étude  déclaré recevable  moratoire

Remboursements en cours  Effacement des dettes

- Inscription au fichier des incidents de paiements :  oui jusqu'au .....  non



PFONDS

**VOS REVENUS DES TROIS DERNIERS MOIS** (en dehors des prestations familiales versées par la Caf)

<b>Précisez le mois :</b>	.....	.....	.....
Monsieur (précisez la nature) :	.....	.....	.....
Madame (précisez la nature) :	.....	.....	.....
Enfant ou autre personne au foyer :	.....	.....	.....
<b>PENSIONS ALIMENTAIRES</b> <input type="checkbox"/> PERCUES <input type="checkbox"/> VERSEES	.....	.....	.....

**VOTRE LOGEMENT**  location  accession à la propriété  caravane  autre : .....

<b>Montant mensuel</b>	..... €
------------------------	---------

<b>CREDITS (précisez)</b>	<b>Montant mensuel</b>
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Votre besoin de répit**

- Souffler en pratiquant une activité pour vous-même ou pour la fratrie de l'enfant,
- Réaliser les démarches administratives,
- Autres motifs (merci de préciser) : .....

**Montant maximum de l'aide qui peut vous être attribuée dans l'année civile :**

➡ **1000 € maximum par enfant porteur de handicap dans la limite de 80h d'intervention.**



PFONDS

Partie à remplir par la structure intervenante à domicile :

Nom de la structure : .....

Adresse de la structure : .....

Numéro de téléphone : .....

Certifie que Madame / Monsieur (nom+prénom) .....

A demandé de bénéficiaire de ..... heures d'intervention,

auprès de (nom+prénom de l'enfant) .....

Merci de préciser les modalités de l'intervention :

.....  
.....  
.....

Le cout de l'intervention s'élève à : .....€

Montant total demandé : .....€

Fait à : .....

Le : .....

Signature et cachet de la structure :



PFONDS

## Justificatifs à fournir

- Devis de l'intervention
- Si vous ne percevez pas l'Aeeh, tout justificatif précisant la prise en charge de votre enfant (accusé réception du dépôt de dossier MDPH, attestation de prise en charge par : CAMSP, SESSAD, SAFEP...)
- Si vous êtes sous mesure de protection, l'accord de votre tuteur.trice
- Si vous n'êtes pas allocataire, complétez une déclaration de situation et transmettez la nous par mail, accompagnée d'un RIB et du formulaire de demande d'aide à : [transmettreundocument.caf17@info-caf.fr](mailto:transmettreundocument.caf17@info-caf.fr).

**Quelques règles sont à respecter pour que la transmission de vos documents fonctionne :** Indiquer en objet du mail votre numéro de sécurité sociale / Ne pas écrire de texte dans le corps du mail / Un type de document par pièce jointe (votre mail aura donc 3 pièces jointes : la demande, la déclaration de situation et votre RIB) / Les documents joints doivent être parfaitement lisibles et au format JPG, JPEG ou PDF (pas d'autre format accepté) / Et la taille des pièces jointes est limitée à 5 Mo.



**Un dossier incomplet est considéré comme non recevable  
Une nouvelle demande devra être établie.**

### Déclaration sur l'honneur

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande et que les documents joints sont exacts. Je m'engage à signaler à la Caisse tous les changements qui la modifieraient.

Certifié exact à ..... le .....

Signature de l'allocataire :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.114-13 du Code de la Sécurité sociale - Article 441.1 du Code pénal).  
La Caf vérifie l'exactitude des déclarations.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse les prestations.



PFONDS