



2, rue Jules Ferry
C.S. 90729
60012 Beauvais Cedex
Tél. : 3230 (prix d'un appel local)
www.caf.fr



DEMANDE D'AIDE PONCTUELLE "DECES"

N°ALLOCATAIRE

Pour les non-bénéficiaires de capital-décès (1)

Renseignements concernant le demandeur

Madame ou Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Situation Professionnelle : _____

Depuis le : _____

Adresse : _____

_____ Téléphone : _____

Renseignements concernant la personne décédée

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____

A compléter impérativement

Avez-vous bénéficié d'un capital décès? oui non

La personne décédée était-elle dans l'une des situations suivantes durant les 3 mois précédant son décès?

- En activité salariée ? oui non
- Indemnisée par Pôle emploi (au cours des 12 derniers mois) ? oui non
- Titulaire d'une pension d'invalidité ? oui non
- Titulaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle et ayant une incapacité d'au moins 66,66 % ? oui non

Dans l'affirmative, joindre obligatoirement une attestation de non paiement du capital décès délivrée par la Cnam

A _____, le _____

Signature

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 dont le destinataire est la caisse d'Allocations familiales. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Directeur de la caisse d'Allocations familiales qui verse les prestations.