

MANDAT CAF

Je soussigné (Nom, Prénom) : _____

donne mandat à _____,

représentant l'établissement _____

pour effectuer chaque mois, en mon nom et pour mon compte, la déclaration mensuelle permettant le calcul par la Caisse d'Allocations Familiales de la Vendée, du montant du complément de libre choix du mode de garde (CMG) auquel j'ai droit en vertu de l'article L.531-6 du code de la Sécurité sociale.

Cette déclaration consiste à compléter et à adresser mensuellement à la Caf du département dont l'utilisateur dépend les informations suivantes :

- le numéro de dossier allocataire,
- les prénom et nom de l'enfant gardé ou des enfants gardés ;
- sa date de naissance ;
- le nombre d'heures de garde effectuées durant le mois considéré et le nombre d'heures spécifiques (1), le cas échéant ;
- le montant total facturé correspondant au mois concerné ;
- la fin de recours aux services de l'établissement, le cas échéant.

Le présent mandat est strictement limité à l'obligation décrite ci-dessus.

La Caf du département n'intervient pas dans la gestion du présent mandat.

Le présent mandat prend effet à compter de la date de sa signature par les parties et court jusqu'au terme du contrat d'accueil ou à la renonciation au présent mandat par l'une des parties

(1) Heures de gardes réalisées entre 22 et 6 heures ou toutes les heures réalisées le dimanche et les jours fériés.

Pour rendre ce mandat effectif, je m'engage à fournir les éléments nécessaires à son application au mandataire. En l'occurrence, mon numéro de dossier allocataire, et à signaler tout changement ayant des répercussions sur l'application du mandat.

Fait le _____ à _____

Le parent,
Le mandant,

La structure,
Le mandataire