

Notice

Demande d'allocation journalière de présence parentale à Mayotte

Cette aide peut vous être versée pour vous occuper de votre enfant gravement malade, accidenté ou handicapé pour pallier la perte de revenu.

La demande d'Ajpp (Allocation journalière de présence parentale) est composée de la déclaration de situation et du formulaire de demande.

Vous devez compléter l'ensemble de ces documents et les transmettre à votre Caf après signature avec les pièces justificatives.



dans votre Espace personnel Mon Compte > Mes démarches
> Transmettre un document



Par courrier

Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement

Une seule déclaration de situation suffit, même pour plusieurs demandes de prestations.

Répondez à toutes les questions qui vous concernent, joignez toutes les pièces justificatives demandées, n'oubliez pas de dater et signer votre déclaration de situation.

Allocataire

Personne qui demande les prestations familiales et qui est responsable du dossier

Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :

Nom d'usage :
(facultatif et s'il y a lieu)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Pays en cas de naissance à l'étranger :

Nationalité :

Française UE, EEE* ou Suisse Autre

Numéro de Sécurité sociale :

Date d'entrée en France si vous résidez à l'étranger :

* Cf. liste des pays en page 4

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :

Nom d'usage :
(facultatif et s'il y a lieu)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Pays en cas de naissance à l'étranger :

Nationalité :

Française UE, EEE* ou Suisse Autre

Numéro de Sécurité sociale :

Date d'entrée en France si vous résidez à l'étranger :

* Cf. liste des pays en page 4

Si vous êtes inscrit à la Caf/MSA de votre département ou S'il est inscrit à la Caf/MSA de son département ou a été
avez été inscrit, au cours des 2 dernières années, en France inscrit, au cours des 2 dernières années, en France ou à
ou à l'étranger, auprès d'un organisme versant des prestations ou l'étranger, auprès d'un organisme versant des prestations ou
prestations ou avantages familiaux, précisez : avantages familiaux, précisez :

Nom de l'organisme :

Nom de l'organisme :

Pays :

Pays :

Numéro d'allocataire ou numéro de dossier :

Numéro d'allocataire ou numéro de dossier :

Votre adresse

Votre adresse complète :

Code postal : Commune :

Numéros de téléphone - Domicile : Autre (travail ou portable) :

Adresse mél : @

Depuis quelle date résidez-vous à cette adresse ? :

Combien de personnes vivent à votre domicile (y compris vous et votre conjoint) ? :

• Si vous vivez en couple et que votre conjoint, concubin ou pacsé réside à l'étranger, précisez :

le pays : depuis quelle date :



Pour bénéficier des prestations familiales, vous et vos enfants devez résider habituellement en France, sauf si votre situation relève des règlements communautaires ou d'accords internationaux.

S 7103 j - 10/2013

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :

PAGE 1/4

MAT 000000 -
IDX X 1005004 U 976 -



00000001005000000000

Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement

2

Situation familiale

Vous vivez en couple

- Vous vivez en couple sans être marié ni pacsé depuis le
- Vous êtes marié depuis le
- Vous êtes pacsé depuis le
- Vous avez repris la vie commune depuis le

Vous vivez seul(e)

- Vous êtes célibataire
- Vous êtes divorcé depuis le
- Vous êtes séparé légalement (séparation sans divorce avec intervention du juge) depuis le
- Vous êtes séparé sans intervention du juge ou avez rompu votre pacs depuis le
- Vous êtes veuf ou veuve depuis le

Parents séparés

• Si l'autre parent d'un de vos enfants est dans une ou plusieurs des situations suivantes, cochez la(les) case(s) correspondante(s) :

- il réside dans un des Etats de l'UE, EEE* (hors France) ou en Suisse
- il travaille pour un employeur dont le siège est situé dans l'un de ces pays
- il perçoit une pension (retraite, invalidité), ou une indemnisation (maladie, chômage) de l'un de ces pays
- Une pension alimentaire est-elle fixée et/ou versée pour vos enfants par l'autre parent ? Oui Non

Cf. liste des pays en page 4

Enfants à votre charge et autres personnes de votre foyer


Si besoin, vous pouvez déclarer d'autres enfants ou personnes sur papier libre à joindre à ce formulaire.

Nom et prénoms <small>(dans l'ordre de l'état civil)</small>	Date et lieu ou pays de naissance	Date d'arrivée au foyer et lien de parenté <small>(Fille, fils, nièce, neveu, enfant recueilli, parent, aucun lien...)</small>	Situation actuelle <small>(Scolarité, apprentissage, activité professionnelle...*)</small>	Enfant résident à l'étranger	Enfant en résidence alternée**
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si l'enfant est salarié ou apprenti, précisez son dernier salaire net mensuel.

** En cas de séparation et de résidence alternée d'un ou plusieurs de vos enfants entre votre domicile et celui de l'autre parent, vous pouvez demander le partage des allocations familiales. Téléchargez le formulaire « Enfant(s) en résidence alternée - Déclaration et choix des parents » sur caf.fr ou msa.fr ou demandez-le à votre Caf ou MSA.

Si vous êtes âgé(e) de moins de 25 ans ou si votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) est âgé(e) de moins de 25 ans

 Si vous demandez des prestations, vos parents et/ou ceux de votre conjoint ne pourront plus bénéficier des prestations qu'ils perçoivent pour vous en tant qu'enfant à leur charge.

	■ Parents de l'allocataire	■ Parents du conjoint, concubin ou pacsé
L'un de vos parents perçoit-il pour vous des prestations familiales, Apl, Rsa...?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui , Nom du parent allocataire :
Prénoms :
Adresse :
Code postal et commune :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Organisme de prestations familiales :
Numéro d'allocataire (s'il en possède un) :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Numéro de sécurité sociale :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :



Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement

Situation(s) professionnelle(s) actuelle(s)

	■ Allocataire		■ Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)	
■ Salarié (y compris en préretraite progressive)	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
Nature du contrat (Cdd, Cdi, intérim, etc.) .....	.....		
■ Agent titulaire de la fonction publique	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
■ Apprenti	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
		fin le		fin le
■ Stagiaire de la formation professionnelle	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
■ Travailleur indépendant ou employeur	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
■ Non salarié agricole	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
■ Auto-entrepreneur	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
■ Conjoint collaborateur	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
Pour toutes ces situations, précisez :				
S'il y a lieu, le nom de l'employeur ou de l'organisme	.....		
de formation et son adresse : .....	.....		
Vous ou votre employeur cotisez	en France :			
	<input type="checkbox"/> à la Cssm / Urssaf		<input type="checkbox"/> à la Cssm / Urssaf	
	<input type="checkbox"/> autre régime, lequel ?		<input type="checkbox"/> autre régime, lequel ?	
	à l'étranger :			
	précisez le pays :		précisez le pays :	
■ Chômeur (indemnisé ou non)	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
Si indemnisé, précisez l'organisme .....	.....		
S'agit-il de chômage partiel ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
■ Retraité, pensionné (y compris en préretraite totale)	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
De quel(s) régime(s) percevez-vous une pension?	.....		
■ En Maladie	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
■ Autre cas (congé maternité, congé parental,	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
arrêt maladie, hospitalisation, détention sauf régime de	.....		
semi-liberté, longue maladie, etc.) : .....	.....		
Nom et adresse de l'établissement en cas	.....		
d'hospitalisation ou de détention : .....	.....		
Si pour une de ces situations, les indemnités	Nom de l'organisme et pays :			
ou pensions sont versées par un pays étranger :	.....		
■ Etudiant	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
■ Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> depuis le	____	<input type="checkbox"/> depuis le	____
	<input type="checkbox"/> depuis toujours		<input type="checkbox"/> depuis toujours	

Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints.

Fait à : Le : ____

Si le signataire est un représentant de l'allocataire, précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :

.....

Signature de l'allocataire ou de son représentant

Vous avez l'obligation de signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

La Caf/MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L. 114-19 du code de la Sécurité sociale). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Articles L. 114-9 - dépôt de plainte de la Caisse pouvant aboutir à : travail d'intérêt général, amende ou peine de prison, L. 114-13 - amende, L. 114-17 du code de la Sécurité sociale - prononcé de pénalités).

La loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :



4 Déclaration de situation pour les prestations familiales et les aides au logement

Documents à joindre à votre déclaration

Si vous n'êtes pas encore allocataire, veuillez joindre toutes les pièces qui vous sont demandées. Attention, vous pouvez être concernés par plusieurs rubriques.

Si vous êtes déjà allocataire, veuillez joindre uniquement les pièces relatives à votre changement de situation ou à l'arrivée d'une personne à votre foyer.

La Caf est susceptible de vous demander des pièces complémentaires.

Dans tous les cas, pour les nouveaux allocataires	<ul style="list-style-type: none"> • un relevé d'identité bancaire (avec code BIC - IBAN) ; • la déclaration de ressources jointe à remplir pour déterminer le montant de l'allocation demandée. • un justificatif d'adresse (facture de téléphone, Gsm, eau, électricité ou attestation de la personne qui vous héberge ...).
Si vous ou votre conjoint, concubin ou pacsé êtes titulaire de la fonction publique d'état	<ul style="list-style-type: none"> • une attestation sur l'honneur de cessation ou de non-paiement, ou un certificat de non-paiement ou de cessation de paiement de son employeur.
Si vous ou votre conjoint, concubin ou pacsé êtes en chômage partiel	<ul style="list-style-type: none"> • l'attestation de l'employeur ou la photocopie des bulletins de salaires des mois concernés.
Si vous ou votre conjoint, concubin ou pacsé êtes au chômage et relevez d'un autre organisme que Pôle Emploi	<ul style="list-style-type: none"> • la photocopie de la notification d'attribution ou de refus d'allocation.
Si vous ou votre conjoint, concubin ou pacsé êtes pensionné de plusieurs régimes à la fois (général, agricole...) ou d'un pays étranger	<ul style="list-style-type: none"> • la photocopie des notifications d'attribution de chacune des pensions (retraite de base et invalidité), y compris de réversion.
Si vous percevez une pension de l'État	<ul style="list-style-type: none"> • la photocopie du titre de pension.
Si vous ou votre conjoint, concubin ou pacsé êtes pensionné de plusieurs régimes à la fois (régime général, fonction publique ...) ou d'un pays étranger	<ul style="list-style-type: none"> • la photocopie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport ou du titre de séjour** en cours de validité ou visa long séjour valant titre de séjour ou, en l'absence d'un de ces documents, carte de ressortissant d'un état de l'UE ou de l'EEE* ou carte du combattant (avec photo) ou livret de circulation.
Si vous ou votre conjoint êtes de nationalité étrangère autre que UE, EEE* ou Suisse	<ul style="list-style-type: none"> • pour vous et pour votre conjoint : la photocopie d'une pièce d'identité et un extrait d'acte de naissance ainsi que la photocopie de votre titre ou document de séjour** en cours de validité ; • et, pour vos enfants mineurs, s'ils sont nés à l'étranger : la photocopie du certificat de l'Ofii (ex. Anaem) délivré dans le cadre du regroupement familial ou du visa délivré par l'autorité consulaire et comportant le nom de l'enfant si un parent a un titre de séjour avec la mention «Scientifique» ou attestation préfectorale certifiant la régularité du séjour de l'enfant dont un parent est détenteur d'une carte de séjour temporaire avec la mention «Vie privée et familiale» attribuée au titre d'une régularisation exceptionnelle.
Si vous avez des enfants à votre charge	<ul style="list-style-type: none"> • un justificatif de scolarité s'il s'agit de votre première demande. • un jugement d'adoption, de recueil, d'autorité parentale ou de placement. • un extrait d'acte de naissance
Si vous êtes demandeur d'asile, réfugié, apatride ou bénéficiaire d'une protection subsidiaire	<ul style="list-style-type: none"> • pour vous : la photocopie lisible de votre titre de séjour** en cours de validité ou récépissé constatant l'admission en France au titre de l'asile ou récépissé constatant la reconnaissance d'une protection internationale avec la décision de l'Ofpra ou de la Cour Nationale du Droit d'asile précisant le type de protection accordée ; • et, pour vous et votre conjoint : la photocopie lisible d'un acte de naissance ou, en l'absence de ce document, du document d'état civil établi par l'Ofpra ; • et, pour les enfants à votre charge : la photocopie lisible d'un acte de naissance ou, en l'absence de ce document, la photocopie du livret de famille ou du document d'état civil établi par l'Ofpra.

* Les pays de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE) depuis le 1^{er} janvier 2021

Allemagne – Autriche – Belgique – Bulgarie – Chypre – Croatie – Danemark – Espagne – Estonie – Finlande – France – Grèce – Hongrie – Irlande – Islande – Italie – Lettonie – Liechtenstein – Lituanie – Luxembourg – Malte – Norvège – Pays Bas – Pologne – Portugal – République Tchèque – Roumanie – Slovaquie – Slovénie – Suède.

** La Caf/MSA vérifie les documents transmis auprès des services du Ministère de l'Intérieur.

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :

PAGE 4/4

MAT 000000 -
IDX X 1005004 U 976 -



0000000100500000000



santé
famille
retraite
services

Demande d'allocation journalière de présence parentale



12666*05

Merci de compléter également un formulaire de déclaration de situation.

Art L 544-1 à L544-9 du code de la Sécurité sociale.

Ce qu'il faut savoir

- Vous avez un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé et vous souhaitez arrêter de travailler ponctuellement pour vous en occuper. Vous pouvez demander l'allocation journalière de présence parentale (Ajpp).
- Vous devez être salarié(e), non salarié(e), stagiaire de la formation professionnelle rémunérée ou au chômage indemnisé.
- Si vous êtes salarié(e), vos périodes d'absence doivent s'inscrire dans le cadre d'un congé de présence parentale demandé à votre employeur.

Vous ne pouvez pas cumuler l'allocation journalière de présence parentale et vos indemnité(s) de chômage.

Si vous êtes dans cette situation, vous devez signaler chaque mois le nombre de jours pris à l'organisme qui vous verse ces indemnités. Celles-ci seront recalculées.

Si vous vivez en couple, vous pouvez en bénéficier tous les deux dans la limite de 22 allocations journalières par mois et par enfant malade.

Dans ce cas vous devez remplir chacun une demande.

- Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité, d'un avantage de vieillesse ou si vous êtes au chômage non indemnisé, vous ne pouvez pas recevoir cette allocation. Il est donc inutile de faire une demande.
- Vous pouvez percevoir, sous certaines conditions, un complément pour les frais occasionnés par l'état de santé de votre enfant.

Votre identité

Nom de famille : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :
(de naissance)

Nom d'usage :
(facultatif et s'il y a lieu)

Date de naissance : [][] [][] [][][][]

Numéro d'allocataire (si vous en possédez un) : [][][][][][][][]

Numéro de Sécurité sociale : []

Indiquez qui, dans votre couple (allocataire, conjoint, concubin ou pacsé), demande à bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.

Nom de famille : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :
(de naissance)

Nom d'usage :
(facultatif et s'il y a lieu)

Date de naissance : [][] [][] [][][][]

Numéro de Sécurité sociale : []

Renseignements concernant le demandeur :

- Salarié(e). Les périodes d'absence s'inscrivent dans le cadre d'un congé de présence parentale qui a commencé le : [][] [][] [][][][]

Nom, prénom ou raison sociale de votre employeur :

Adresse :

Code postal : [][][][] Commune :

Numéro de téléphone : [][][][][][][][][][]

- Travailleur indépendant ou employeur, stagiaire de la formation professionnelle rémunérée.

Précisez la date du 1er jour d'arrêt de l'activité pour s'occuper de l'enfant [][] [][] [][][][]

- Chômage indemnisé

Nom de l'organisme qui verse les indemnités :

Adresse :

Code postal : [][][][] Commune :

Numéro Pôle emploi :

S 7152 d - 01/2022

- Autre situation, précisez laquelle :

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :



2 Demande d'allocation journalière de présence parentale

Renseignements concernant l'enfant pour lequel vous demandez l'allocation

Vous devez faire une demande pour chaque enfant.

Nom : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Personne qui prend en charge l'enfant pour l'assurance maladie :

Nom : Prénoms :

Numéro de Sécurité social : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Organisme qui rembourse les frais de maladie de l'enfant :

Nom :

Adresse :

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune :

Engagement et signature

Je certifie l'exactitude de cette déclaration et des documents joints.

Fait à : Le : [] [] [] [] [] []

Si le signataire est un représentant de l'allocataire, précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :

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

Signature de l'allocataire ou de son représentant

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées soit par la Caisse Nationale des Allocations Familiales - 32 avenue de la Sibelle 75685 Paris Cedex 14, soit par la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole - 19, rue de Paris 93000 Bobigny, chacune ayant désigné un Délégué à la Protection des Données. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de Loi Informatique et Libertés (LIL) modifiée vous disposez d'un droit d'accès et de suite aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre caisse Caf/MSA de rattachement, par courrier postal signé accompagné d'une pièce d'identité signée. Si la réponse apportée ne vous paraît pas satisfaisante, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL. Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Famille ou jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux ou encore au titre des obligations qui pèsent sur le directeur comptable et financier de la Cnaf/CCMSA. Toute décision administrative individuelle automatisée ou profilage est effectuée dans le respect de l'article L. 311-3-1 et du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre IV du code des relations entre le public et l'administration. Ultérieurement, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation de politiques publiques, de lutte contre le non-recours au droit, de statistiques, recherches et études.

Attestation à faire compléter par votre médecin

Vous pouvez également joindre une attestation identique établie par le médecin sur papier libre

Période prévisible des soins contraignants et de la présence parentale, à compter de [] [] [] [] [] [] pour [] [] mois.

Si le demandeur a déjà bénéficié de l'Ajpp pour le même enfant, indiquer :

s'il s'agit d'une nouvelle pathologie

s'il s'agit d'une rechute ou d'une récurrence ou si la gravité de la pathologie de l'enfant nécessite toujours une présence continue ou des soins contraignants.

s'il s'agit d'un renouvellement exceptionnel nécessitant un accord explicite du service du contrôle médical (voir précisions page 3)

Nom, prénom du médecin :

Fait à : Le : [] [] [] [] [] []

Signature et cachet du médecin

→ Pièces à joindre à votre demande

Vous devez obligatoirement joindre à votre demande, **sous enveloppe fermée**, le certificat médical détaillé (en pages 3 et 4) complété par votre médecin.

Pour que votre dossier soit traité rapidement :

- répondez à toutes les questions qui vous concernent
- n'oubliez pas de compléter une déclaration de situation.

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :

PAGE 2/4

MAT 000000 -
IDX X 1105001 S -



0000000110500000000

3 Demande d'allocation journalière de présence parentale

Certificat médical

nécessaire pour obtenir l'allocation journalière de présence parentale

Certificat (2 pages) à remettre à votre Caf/MSA sous enveloppe fermée

➔ Partie à compléter par l'assuré(e)

L'état civil de l'assuré(e)

Nom de famille : Prénoms (*dans l'ordre de l'état civil*) :
(*de naissance*)

Nom d'usage :
(*facultatif et s'il y a lieu*)

Numéro de Sécurité sociale : []

Nom ou numéro du centre de paiement ou de la section mutualiste versant les prestations maladie pour l'enfant :
.....
.....

Recevez-vous des prestations familiales ? oui non

Si oui, nom et adresse de l'organisme qui vous les verse :
.....

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune :

Sous quel nom ? :

Numéro d'allocataire Caf : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ou MSA : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

➔ Partie à compléter par le médecin

Première demande Renouvellement Renouvellement exceptionnel ⁽¹⁾

L'état civil de l'enfant

Nom et prénom :

Né(e) le : []

Son numéro de Sécurité sociale si différent de l'assuré : []

Diagnostic de la maladie, de l'accident ou du handicap à l'origine de la demande

.....
.....

Date du diagnostic : []

Critères de gravité et nature du traitement :
.....

(1) Lorsque le bénéficiaire a déjà perçu le nombre maximal d'ajpp (310 jours) avant la période initiale de 3 ans, un renouvellement exceptionnel peut être accordé lorsque le nouveau certificat médical établi par le médecin qui suit l'enfant atteste le caractère indispensable au regard du traitement de la pathologie ou du besoin d'accompagnement de l'enfant, de la poursuite des soins contraignants et d'une présence soutenue est confirmé par un accord explicite du service du contrôle médical (article L.544-3 du code de la sécurité sociale)

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :



0000000110500000000

4 Demande d'allocation journalière de présence parentale

Certificat médical

→ Nature des soins, contraintes, tolérance

	Nature de la prestation contraignante	Fréquence, durée et lieu des soins	Participation nécessaire d'un des parents
Traitement médical			
Traitement chirurgical			
Rééducation fonctionnelle			
Adaptation d'un appareillage			
Autre			

→ Coordonnées du médecin

Nom du médecin :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Numéro de téléphone (*facultatif*) : domicile

Spécialité :

Date :

Signature et cachet

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :

PAGE 4/4

MAT 000000 -
IDX X 1105001 S -



0000000110500000000