

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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | | | | <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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ■ Parents du conjoint, concubin ou pacsé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| L'un de vos parents perçoit-ils pour vous des prestations familiales, Apl, Rsa...? | | |
| Si oui , Nom du parent allocataire : | | |
| Prénoms : | | |
| Adresse : | | |
| Code postal et commune : | | |
| Organisme de prestations familiales : | | |
| Numéro d'allocataire (s'il en possède un) : ... | | |
| Numéro de sécurité sociale : | | |

Emplacement réservé à la Caf
Date demande :

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

3

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 style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Nature du contrat (Cdd, Cdi, intérim, etc.) | | |
| ■ Apprenti | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| fin le : <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | fin le : <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | |
| ■ Stagiaire de la formation professionnelle | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ■ Travailleur indépendant ou employeur | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ■ Non salarié agricole | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ■ Auto-entrepreneur | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ■ Conjoint collaborateur | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| 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 : | | |
| | à l'Urssaf à la Msa (régime agricole) | <input type="checkbox"/> à l'Urssaf <input type="checkbox"/> à la Msa (régime agricole) |
| | autre régime, lequel ? | <input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? |
| à l'étranger : | précisez le pays : | <input type="checkbox"/> précisez le pays : |
| ■ Chômeur (indemnisé ou non) | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| 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 style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| De quel(s) régime(s) percevez-vous une pension? | | |
| ■ En Maladie | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ■ Autre cas (congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention sauf régime de semi-liberté, longue maladie, etc.) : | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| Nom et adresse de l'établissement en cas d'hospitalisation ou de détention : | | |
| Si pour une de ces situations, les indemnités ou pensions sont versées par un pays étranger : | | |
| | Nom de l'organisme et pays : | Nom de l'organisme et pays : |
| ■ Etudiant | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| ■ Sans activité professionnelle | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | <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 :

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

4

► Pièces 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 ou la MSA 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) ; • un formulaire Caf ou MSA de déclaration de ressources de l'avant dernière année civile téléchargeable sur caf.fr ou msa.fr (nécessaire pour étudier vos droits aux prestations sous condition de ressources). |
| Si vous attendez un enfant | <ul style="list-style-type: none"> • la déclaration de grossesse établie par un praticien. |
| 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. |
| Pour vous et toutes les personnes de votre foyer de nationalité étrangère nées hors de France | <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 êtes de nationalité étrangère autre que UE, EEE* ou Suisse | <ul style="list-style-type: none"> • pour vous : 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 à votre charge des enfants majeurs de nationalité étrangère autre que UE, EEE* ou Suisse | <ul style="list-style-type: none"> • la photocopie de leur titre ou document de séjour** en cours de validité. |
| 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)

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 – Royaume-Uni – 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 :



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 :



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