



santé  
famille  
retraite  
services

# Demande d'allocation journalière de présence parentale



12666\*02

Merci de compléter également  
un formulaire de déclaration de situation

Art. L 544-1 à L 544-9 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 chômeur 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 indemnités de chômage.
- . Si vous êtes dans cette situation, votre Caf/MSA demandera à l'organisme qui vous verse les indemnités de chômage d'en interrompre le versement et vous percevrez un forfait de 22 allocations journalières par mois.
- . 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.

## ► Merci de rappeler votre identité

Votre nom : \_\_\_\_\_ Vos prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : \_\_\_\_\_  
 Votre date de naissance :            
 Votre numéro d'allocataire (si vous en possédez un) : .....         
 Votre numéro de Sécurité sociale ou de MSA :

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

Son nom : \_\_\_\_\_ Ses prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : \_\_\_\_\_  
 Sa date de naissance :            
 Son numéro de Sécurité sociale ou de MSA :

## ► Renseignements concernant le demandeur

- Vous êtes salarié(e). Vos 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 : \_\_\_\_\_  
 Son adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_  
 Son numéro de téléphone :
- Vous êtes travailleur indépendant ou employeur, stagiaire de la formation professionnelle rémunérée.  
 Précisez la date du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de votre activité pour vous occuper de votre enfant
- Vous bénéficiez d'indemnités de chômage  
 Nom de l'organisme qui vous verse les indemnités : \_\_\_\_\_  
 Son adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_  
 Votre numéro Assedic : \_\_\_\_\_
- Autre situation, précisez laquelle : \_\_\_\_\_

S 7152 a - 05/2010

## Emplacement réservé

Date de la demande 08/03/2011

DAJPP

Page 1/2

IDX W 1105002 T

## 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.*

Son nom : \_\_\_\_\_ Ses prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : \_\_\_\_\_

Sa date de naissance :

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

Son nom : \_\_\_\_\_ Son prénom : \_\_\_\_\_

Son numéro de Sécurité sociale :

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

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_

### ► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints. Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

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

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/MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L.114-19 du code de la Sécurité sociale).

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.

### 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

Nom, prénom du médecin : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le :

Signature et cachet du médecin

### ► Pièce 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



# 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			

Durée prévisible des soins contraignants et de la présence indispensable d'un parent : \_\_\_\_\_

### ► 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

Si vous faites en même temps plusieurs demandes de prestation,  
une seule déclaration de situation est nécessaire.

Livre V et VIII du code de la Sécurité sociale  
Livre III du code de la construction et de l'habitation

## ► Allocataire (vous-même)

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

Monsieur  Madame

Votre nom de naissance : \_\_\_\_\_

Votre nom d'époux(se) : \_\_\_\_\_

Vos prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : \_\_\_\_\_

Votre date de naissance :

Votre lieu de naissance (pays si vous n'êtes pas de nationalité française) : \_\_\_\_\_

Votre nationalité :

Française  Espace économique européen\*  Autre

Votre numéro de Sécurité sociale (si vous en avez un) :

Votre date d'entrée en France si vous résidiez à l'étranger :

Êtes-vous inscrit à la Caf de votre département de résidence,  
y compris au titre du Rmi ou du RSA ?

**oui** : votre n° d'allocataire :

**non** : êtes-vous ou avez-vous été inscrit à un autre organisme ?

**oui**, lequel ? \_\_\_\_\_

Votre n° d'allocataire

**non**

## ► Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)

Monsieur  Madame

Son nom de naissance : \_\_\_\_\_

Son nom d'époux(se) : \_\_\_\_\_

Ses prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : \_\_\_\_\_

Sa date de naissance :

Son lieu de naissance (pays s'il (elle) n'est pas de nationalité française) : \_\_\_\_\_

Sa nationalité :

Française  Espace économique européen\*  Autre

Son numéro de Sécurité sociale (s'il en a un) :

Sa date d'entrée en France s'il résidait à l'étranger :

Est-il (elle) inscrit(e) à la Caf de votre département de résidence,  
y compris au titre du Rmi ou du RSA ?

**oui** : son n° d'allocataire :

**non** : est-il ou a-t-il été inscrit à un autre organisme ?

**oui**, lequel ? \_\_\_\_\_

Son n° d'allocataire

**non**

## ► Votre adresse complète

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (facultatif) : domicile           autre (travail ou portable)

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Depuis quelle date résidez-vous à cette adresse ?

### \* Les pays de l'Espace économique européen

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

S 7103 i

Emplacement réservé à la Caf

W 1005003 T Demande du 08/03/2011

DSIT





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

## 3

### ► Situation professionnelle

**Allocataire** **Conjoint,  
concubin(e) ou pacsé(e)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salarié(e) ( <i>y compris contrat emploi consolidé CEC</i> )..... | <input type="checkbox"/> depuis le _____ | <input type="checkbox"/> depuis le _____ |
| <input type="checkbox"/> Apprenti(e) .....   | <input type="checkbox"/> depuis le _____ | <input type="checkbox"/> depuis le _____ |
| <input type="checkbox"/> Stagiaire de la formation professionnelle .....                   | <input type="checkbox"/> depuis le _____ | <input type="checkbox"/> depuis le _____ |
| <input type="checkbox"/> CES ( <i>contrat emploi solidarité</i> ) .....                    | <input type="checkbox"/> depuis le _____ | <input type="checkbox"/> depuis le _____ |
|  | fin le : _____                           | fin le : _____                           |

#### Pour toutes ces situations, précisez :

Le nom de l'employeur ou de l'organisme de formation \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Votre employeur cotise : .....

<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa ( <i>régime agricole</i> )	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa ( <i>régime agricole</i> )
<input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? _____		<input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? _____	

<input type="checkbox"/> Travailleur indépendant ou employeur .....	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____		
<i>Vous cotisez :</i> .....	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa ( <i>régime agricole</i> )	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa ( <i>régime agricole</i> )

<input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur .....	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
---	--	--

<input type="checkbox"/> Chômeur (indemnisé ou non) .....	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
---	--	--

<input type="checkbox"/> Etudiant .....	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
---	--	--

<input type="checkbox"/> Retraité(e), pensionné(e) .....	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
--	--	--

<i>Percevez-vous une pension du régime agricole ?</i> .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	---	---

<input type="checkbox"/> Maladie .....	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
--	--	--

<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle .....	<input type="checkbox"/> depuis toujours	<input type="checkbox"/> depuis toujours
--	--	--

<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle .....	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
--	--	--

<input type="checkbox"/> Autre cas ( <i>congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention, longue maladie, etc.</i> ) .....	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
---	--	--

*Précisez :* .....

*Nom et adresse de l'établissement en cas de détention ou d'hospitalisation :* .....

### ► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints. Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

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

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1, L.835-5 du code de la Sécurité sociale - Article L 351-13 du code de la construction et de l'habitation - Article 441-1 du code pénal). La Caf vérifie l'exactitude des déclarations.

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 rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.



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

## Informations pratiques

### Pour que votre dossier soit traité rapidement :

- répondez à toutes les questions qui vous concernent
- joignez toutes les pièces justificatives demandées
- datez et signez votre déclaration de situation

### ► Pièces à joindre à votre déclaration, si c'est votre première demande

Quelle que soit votre situation

- un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne
- une déclaration de ressources.

Si vous êtes de nationalité française ou ressortissant de l'espace économique européen (Eee)\*

- La photocopie lisible d'un des documents suivants, pour vous-même, votre conjoint, concubin ou pacsé, chaque enfant ou autre personne vivant à votre foyer : carte nationale d'identité, ou livret de famille, ou passeport, ou extrait d'acte de naissance, ou carte d'ancien combattant ou d'invalidité, ou titre de séjour.

Si vous êtes ressortissant d'un état hors Eee\*

- La photocopie lisible des documents suivants :
  - Pour vous-même : titre de séjour en cours de validité.
  - Pour votre conjoint, concubin ou pacsé, chaque enfant de 18 ans et plus, chaque autre personne vivant à votre foyer : livret de famille, ou titre de séjour, ou extrait d'acte de naissance ou passeport.

Si vous êtes réfugié ou apatride

- La photocopie lisible de l'un des documents suivants :
  - titre de séjour en cours de validité
  - récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation provisoire de séjour portant la mention « reconnu réfugié » ou « admis au titre de l'asile »
  - décision de l'Ofpra ou de la Commission des recours des réfugiés accordant le bénéfice de la protection subsidiaire accompagnée du récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation provisoire de séjour.

Si vos enfants sont de nationalité étrangère et sont nés à l'étranger

- Si vous êtes français, la photocopie lisible du :
  - titre de séjour pour vos enfants de plus de 18 ans
- Si vous êtes de nationalité étrangère, la photocopie lisible du :
  - titre de séjour pour vos enfants de plus de 18 ans
  - certificat de l'Omi délivré dans le cadre du regroupement familial pour vos enfants de moins de 18 ans.

Si vos enfants de plus de 16 ans sont en apprentissage, en stage ou salariés

- La photocopie lisible du :
  - contrat d'apprentissage, attestation de stage, premier et dernier bulletins de salaire ou avis de paiement Assedic, selon le cas.

Si vous êtes au chômage ou en pré-retraite

- La photocopie lisible de :
  - la notification d'attribution ou de refus d'allocations d'Assedic ou du secteur public.

Si vous percevez une pension du régime agricole

- La photocopie lisible des :
  - notifications d'attribution de chacune de vos pensions.

Si vous êtes enceinte

- la déclaration de grossesse établie par votre médecin ou sage-femme, si vous ne l'avez pas déjà envoyée à votre Caf.

### \* Les pays de l'Espace économique européen

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