

Merci de compléter également  
un formulaire de déclaration de situation.

Art. L.531-1, L.531-5 à L.531-7 du code de la Sécurité sociale

## Ce qu'il faut savoir

Votre ou vos enfants sont âgés de moins de 6 ans. L'un d'entre eux est né après le 31 décembre 2003.

- Vous le(s) faites garder au moins 16 heures par mois par une micro-crèche ou par un(e) assistant(e) maternel(le) ou une garde à domicile employé(e) par une association ou une entreprise habilitée ou une micro-crèche. Cet organisme vous facture chaque mois le coût de ce service et ne bénéficie pas de subvention versée par la Caf ou la MSA.
- Un complément de libre choix du mode de garde peut vous être versé, couvrant une partie de la dépense. Un minimum de 15 % des frais restera à votre charge.
- Remplissez cette demande et n'oubliez pas de faire compléter l'attestation au verso par cet organisme.

## ► Vous êtes l'allocataire : merci de rappeler votre identité

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

Votre date de naissance :

Numéro d'allocataire (si vous en possédez un) : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale ou de MSA :

## ► Votre situation professionnelle

- Salarié(e)  
*(Ou en situation de maladie, maternité, paternité, formation professionnelle, chômage indemnisé sauf allocation temporaire d'attente ou allocation de solidarité spécifique)*

. Montant du salaire net et/ou des indemnités du mois précédant la demande \_\_\_\_\_

. Montant du salaire net et/ou des indemnités du mois de la demande si vous le connaissez \_\_\_\_\_

- Travailleur indépendant ou non salarié agricole ou employeur \_\_\_\_\_

. Etes-vous affilié à titre personnel à un organisme d'assurance vieillesse ? \_\_\_\_\_

. Auprès de quel organisme ? \_\_\_\_\_

. Etes-vous à jour du paiement des cotisations vieillesse ? \_\_\_\_\_

- Bénéficiaire de l'allocation temporaire d'attente ...

- Bénéficiaire de l'allocation de solidarité spécifique

- Autres cas. Précisez : \_\_\_\_\_

### Allocataire (vous-même)

€

€

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

### Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)

€

€

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

## ► 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.

A \_\_\_\_\_

Signature de l'allocataire ou de son représentant

Le \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.

**Emplacement réservé**

Date de demande 26/03/2013

# Demande du complément de libre choix du mode de garde (association, entreprise habilitée ou micro-crèche) Prestation d'accueil du jeune enfant

## Attestation à remplir par l'association, l'entreprise habilitée ou la micro-crèche

Je soussigné(e) (nom ou raison sociale) : \_\_\_\_\_

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

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Atteste ne pas percevoir directement au titre de l'aide au fonctionnement, pour le même service, une subvention (prestation de service) financée par la Caf ou la MSA

Atteste être autorisé(e) par le président du conseil général pour accueillir des enfants de moins de 6 ans (*article L.2324-1 du code de la santé publique*) - la garde est assurée par des assistant(e)s maternel(le)s.

Date de l'autorisation : \_\_\_\_\_

Atteste être agréé(e), par le préfet du département, pour assurer la garde d'enfants au domicile des personnes (agrément qualité) (*articles L.129-1 ou L.7232-1 du code du travail et arrêté du 24/11/2005*)

Date d'agrément : \_\_\_\_\_

Atteste être agréé(e), par le préfet du département, pour assurer la garde d'enfants de trois à six ans au domicile des personnes (agrément simple) (*articles L.129-1 ou L.7232-1 du code du travail*)

Date de l'agrément : \_\_\_\_\_

Atteste être habilité(e), au sens de l'article R. 2324-47 du code de la santé publique en tant que micro-crèche

Date de l'habilitation : \_\_\_\_\_

### ► Renseignements concernant les enfants gardés

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

### ► 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.

A \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_\_

Signature - cachet de l'association, l'entreprise habilitée ou la micro-crèche

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.

## Informations pratiques

Ce complément est cumulable, sous certaines conditions, avec le complément attribué au titre de l'embauche directe par vous-même d'un(e) assistant(e) maternel(le) ou d'un(e) garde à domicile. Renseignez-vous auprès de votre Caf ou de votre MSA. Votre droit au complément s'ouvre à compter du premier jour du mois civil au cours duquel votre demande aura été déposée. Envoyez, avant la fin du premier mois d'embauche, à la Caf ou la MSA dont vous dépendez, le formulaire "Déclaration de situation" et ce formulaire.

 Une fois par an, la Caf/MSA contrôlera votre situation

**Emplacement réservé**

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 26/03/2013

DSIT





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

## 3

### ► Situation professionnelle

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

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

■ 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> ) |

■ Conjoint collaborateur .....

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> depuis le | <input type="checkbox"/> depuis le |
|------------------------------------|------------------------------------|

■ Chômeur (indemnisé ou non) .....

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> depuis le | <input type="checkbox"/> depuis le |
|------------------------------------|------------------------------------|

■ Etudiant .....

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> depuis le | <input type="checkbox"/> depuis le |
|------------------------------------|------------------------------------|

■ Retraité(e), pensionné(e) .....

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> depuis le | <input type="checkbox"/> depuis le |
|------------------------------------|------------------------------------|

*Percevez-vous une pension du régime agricole ?* .....

|                              |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|

■ Maladie .....

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> depuis le | <input type="checkbox"/> depuis le |
|------------------------------------|------------------------------------|

■ Sans activité professionnelle .....

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> depuis toujours | <input type="checkbox"/> depuis toujours |
|--|--|

■ Sans activité professionnelle .....

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> depuis le | <input type="checkbox"/> depuis le |
|------------------------------------|------------------------------------|

■ Autre cas (*congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention, longue maladie, etc.*) .....

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <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 ansSi 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.