



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^{er} 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

DAJPP

Page 1/2

IDX P 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

nécessaire pour obtenir l'allocation journalière de présence parentale

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

à l'attention du Service du contrôle médical

► Partie à compléter par l'assuré(e)

L'état civil de l'assuré(e)

Nom et prénom :

Pour les femmes, indiquer le nom de naissance, suivi s'il y a lieu du nom d'époux.

Son 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

Première demande

Renouvellement

► Partie à compléter par le médecin

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 :



