Demande du complément de libre choix du mode de garde

(association, entreprise habilitée ou micro-crèche)

Prestation d'accueil du jeune enfant

cerfa 12399*03

santé famille retraite services

ALLOCATIONS FAMILIALES

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) enfant(s) sont âgés de moins de 6 ans.

- 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.
  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 de la page 2 par cet organisme.

Vous êtes l'allocataire : merci de rappeler 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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Votre situation professionnelle

	Allocataire (vous-même)	Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)
■ 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 allocations chômage et/ou des indemnités journalières du mois précédant la demande	|_|_|_|_| €	|_|_|_|_| €
• Montant du salaire net et/ou des allocations chômage et/ou des indemnités journalières 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?.....	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
• Aupès de quel organisme?.....	.....	.....
• Etes-vous à jour du paiement des cotisations vieillesse?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
■ Bénéficiaire de l'allocation temporaire d'attente	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
■ Bénéficiaire de l'allocation de solidarité spécifique	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
■ Autre Cas. Précisez :		

Déclaration sur l'honneur

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

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 :

.....

.....

S7139 b - 08/2013

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 : 22/06/2015

IDX W 2012103 K 999 -

>0000000201210000000<

Demande de complément de libre choix du mode de garde

(association, entreprise habilitée ou micro-crèche)

2 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 à 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 de moins de trois ans au domicile des personnes (agrément qualité) *(articles L.129-1 ou L.7232-1 du code du travail et arrêté du 28/12/2011)*
Date d'agrément : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

☐ Atteste être agréé(e), par le préfet du département, pour l'activité de garde d'enfants de trois à six ans au domicile des personnes (agrément simple) *(article L.7232-1 du code du travail)* ou depuis le 20 septembre 2011 avoir procédé à la déclaration prévue par la nouvelle réglementation pour cette activité
Date de l'agrément ou de la déclaration : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

☐ Atteste être habilité(e), au sens de l'article R. 2324-18 et suivants 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 : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Si vous avez plus de trois enfants, merci de compléter les renseignements sur une feuille à joindre à ce formulaire.

Déclaration sur l'honneur

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

A : ....., Le : .....

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

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.

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 à la Caf

Date demande : 22/06/2015

IDX W 2012103 K 999 -

>0000000201210000000<