



santé  
famille  
retraite  
services

# Demande d'allocation journalière de présence parentale



12666\*03

*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

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 l'employeur : \_\_\_\_\_

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

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

Numéro de téléphone :

Travailleur indépendant ou employeur, stagiaire de la formation professionnelle rémunérée.

Précisez la date du 1<sup>er</sup> 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 b - 10/2013

Autre situation, précisez laquelle : \_\_\_\_\_

## Emplacement réservé

Date de la demande

## 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.*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : □□ □□ □□ □□

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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

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.

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.

### 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



