

*Merci de compléter également
un formulaire de déclaration de situation.*

Art. L 531.1 et L 531.5 à L 531.9, L 532.3 L 755.19 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 employez un(e) assistant(e) maternel(le) agréé(e) pour le(les) faire garder, et le salaire brut journalier que vous lui versez est inférieur à 5 fois le Smic horaire brut par enfant confié : vous pouvez bénéficier d'une prise en charge totale des cotisations sociales.
- Vous employez un(e) garde d'enfant à domicile pour le(les) faire garder : vous pouvez bénéficier d'une prise en charge partielle des cotisations sociales.
- Dans ces deux situations, une prise en charge partielle à la rémunération de la personne employée vous sera versée.
- Remplissez cette demande dans les deux cas. De plus, si vous avez l'intention d'embaucher un(e) garde d'enfant à domicile, remplissez également l'autorisation de prélèvement.

Votre Caf examinera vos droits et transmettra les informations nécessaires au centre Pajemploi.

Le centre Pajemploi :

- procédera à votre immatriculation et vous attribuera votre numéro d'employeur ;
- vous adressera un carnet Pajemploi composé de volets déclaratifs destinés à déclarer mensuellement la rémunération de votre salarié(e). Après traitement de ce volet, le centre assurera le calcul et le recouvrement des cotisations sociales.

Il vous délivrera :

- un récapitulatif mensuel des salaires et cotisations et vous informera du montant des cotisations à prélever si vous employez un(e) garde à domicile ;
- une attestation annuelle fiscale pour justifier de votre réduction d'impôt.

Le centre Pajemploi enverra à votre employé(e) :

- une attestation d'emploi équivalant à un bulletin de paie [vous êtes donc dispensé(e) de la fourniture de ce document à votre employé(e)] ;
- un récapitulatif annuel de salaire pour l'aider à établir sa déclaration fiscale.

La Caf calculera et vous versera la prise en charge partielle du salaire de la personne employée.

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

Votre nom : _____ Votre prénom : _____

Votre date de naissance :

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

► Indiquez qui [allocataire, conjoint, concubin(e), pacsé(e)] est employeur de l'assistant(e) maternel(le) ou du (de la) garde d'enfant à domicile

(si chacun d'entre vous est employeur, faites une deuxième demande)

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'époux(se) (le cas échéant) : _____

Numéro de Sécurité sociale:

A-t-il (elle) été inscrit(e) à titre personnel ? oui non

Si oui, indiquez le numéro d'employeur délivré par le Centre Pajemploi :

S 7137a

Emplacement réservé à la Caf

W 2012002 R Demande du 10/07/2007

DGAPAJ



Demande du complément de libre choix du mode de garde

Prestation d'accueil du jeune enfant

► Renseignements concernant le ou les salariés

Assistant(e) maternel(le) agréé(e) Garde d'enfant à domicile Monsieur Madame
 Nom de naissance : _____ Prénom : _____
 Nom d'époux(se) : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Numéro de Sécurité sociale : _____
 Date de naissance : _____
 Lieu de naissance : Pays : _____ Département : _____ Ville : _____
 Date d'embauche : _____ Date d'agrément de l'assistant(e) maternel(le) : _____

Assistant(e) maternel(le) agréé(e) Garde d'enfant à domicile Monsieur Madame
 Nom de naissance : _____ Prénom : _____
 Nom d'époux(se) : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Numéro de Sécurité sociale : _____
 Date de naissance : _____
 Lieu de naissance : Pays : _____ Département : _____ Ville : _____
 Date d'embauche : _____ Date d'agrément de l'assistant(e) maternel(le) : _____

► Votre situation professionnelle

- **Salarié(e)**
(ou en situation de maladie, maternité, paternité, formation professionnelle, chômage indemnisé sauf allocation d'insertion 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 employeur**
 - . affilié à titre personnel à un organisme d'assurance vieillesse
 - . à jour du paiement des cotisations (exonéré...)
 - Auprès de quel organisme ?
- **Bénéficiaire de l'allocation d'insertion et/ou de l'allocation de solidarité spécifique**
- **Autres cas. Précisez :**

Allocataire (vous-même)

□ □ □ □ €

□ □ □ □ €

oui non

oui non

oui non

Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)

□ □ □ □ €

□ □ □ □ €

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.

Fait à : _____

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

Le : _____

Signature de l'allocataire ou de son représentant

La Loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Articles L 554-1 du code de la Sécurité sociale - 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.

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 : _____

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 :

**Etes-vous inscrit à la Caf de votre département de résidence,
y compris au titre du Rmi ?**

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 : _____

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 ?**

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

S 7103 i

Emplacement réservé à la Caf

W 1005003 T Demande du 10/07/2007

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 _____
<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

■ 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.

