

*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 13/07/2007

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 13/07/2007

DSIT



# Déclaration de situation pour les prestations 2 familiales et les aides au logement

## ► Précisez votre situation familiale

### • Vous vivez en couple

- Vous êtes mariés depuis le .....
- Vous êtes pacsés depuis le .....
- Vous vivez en couple sans être mariés et sans être pacsés depuis le .....
- Vous avez repris la vie commune depuis le .....

### • Vous vivez seul(e)

- Vous êtes séparé(e) de fait\* depuis le .....
- Vous êtes séparé(e) légalement depuis le .....
- Vous êtes divorcé(e) depuis le .....
- Vous êtes veuf(ve) depuis le .....
- Vous avez rompu votre vie en concubinage depuis le .....
- Vous avez toujours vécu(e) seul(e) et vous êtes célibataire

\* Une séparation de fait, c'est une séparation du couple sans intervention du juge.

## ► Enfants et autres personnes vivant à votre domicile

Nom et prénoms	Lien de parenté <i>Fille, fils, nièce, neveu, enfant recueilli, parent,...</i>	Date de naissance	Situation actuelle <i>Scolarité, apprentissage, activité professionnelle...</i>	Date d'arrivée au domicile
1 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
2 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
3 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
4 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
5 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
6 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

## ► Si vous êtes âgé(e) de moins de 25 ans ou si votre conjoint, concubin(e) ou pacsé(e) est âgé(e) de moins de 25 ans

⚠ Si vous demandez des allocations, vos parents ne pourront plus bénéficier des allocations qu'ils touchent pour vous.

	Allocataire	Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)
Les parents perçoivent-ils pour vous des prestations (Af, Apl, Rmi, etc.) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si <b>oui</b> , nom du parent allocataire : .....	_____	_____
Son prénom : .....	_____	_____
Son adresse : .....	_____	_____
Commune : .....	_____	_____
Code postal : .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Son organisme d'allocations familiales : .....	_____	_____
Son numéro d'allocataire : .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# Déclaration de situation pour les prestations 3 familiales et les aides au logement

## ► 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 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>

■ 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.

