



santé
famille
retraite
services

Demande d'allocation journalière de présence parentale



12666*05

Merci de compléter également un formulaire de déclaration de situation.

Art L 544-1 à L544-9 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 au chômage 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 indemnité(s) de chômage.

Si vous êtes dans cette situation, vous devez signaler chaque mois le nombre de jours pris à l'organisme qui vous verse ces indemnités. Celles-ci seront recalculées.

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.

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 votre employeur :

Adresse :

Code postal : [][][][] Commune :

Numéro de téléphone : [][][][][][][][][][]

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

Précisez la date du 1er 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 d - 01/2022

- Autre situation, précisez laquelle :

Emplacement réservé à la Caf

Date 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 social : [][][][][][][][][][][][][][][][]

Organisme qui rembourse les frais de maladie de l'enfant :

Nom :

Adresse :

Code postal : [][][][][] Commune :

Engagement et signature

Je certifie 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

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées soit par la Caisse Nationale des Allocations Familiales - 32 avenue de la Sibelle 75685 Paris Cedex 14, soit par la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole - 19, rue de Paris 93000 Bobigny, chacune ayant désigné un Délégué à la Protection des Données. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de Loi Informatique et Libertés (LIL) modifiée vous disposez d'un droit d'accès et de suite aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre caisse Caf/MSA de rattachement, par courrier postal signé accompagné d'une pièce d'identité signée. Si la réponse apportée ne vous paraît pas satisfaisante, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL. Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Famille ou jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux ou encore au titre des obligations qui pèsent sur le directeur comptable et financier de la Cnaf/CCMSA. Toute décision administrative individuelle automatisée ou profilage est effectuée dans le respect de l'article L. 311-3-1 et du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre IV du code des relations entre le public et l'administration. Ultérieurement, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation de politiques publiques, de lutte contre le non-recours au droit, de statistiques, recherches et études.

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 ou si la gravité de la pathologie de l'enfant nécessite toujours une présence continue ou des soins contraignants.
- s'il s'agit d'un renouvellement exceptionnel nécessitant un accord explicite du service du contrôle médical (voir précisions page 3)

Nom, prénom du médecin :

Fait à : Le : [][][] [][][] [][][][][][]

Signature et cachet du médecin

→ Pièces 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 à la Caf

Date demande :

PAGE 2/4

MAT 000000 -
IDX X 1105001 S -



0000000110500000000

3 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

→ Partie à compléter par l'assuré(e)

L'état civil de l'assuré(e)

Nom de famille : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :
(de naissance)

Nom d'usage :
(facultatif et s'il y a lieu)

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 : [][][][][][][][][][][][][][][][][][][]

→ Partie à compléter par le médecin

Première demande Renouvellement Renouvellement exceptionnel ⁽¹⁾

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 :

.....

(1) Lorsque le bénéficiaire a déjà perçu le nombre maximal d'ajpp (310 jours) avant la période initiale de 3 ans, un renouvellement exceptionnel peut être accordé lorsque le nouveau certificat médical établi par le médecin qui suit l'enfant atteste le caractère indispensable au regard du traitement de la pathologie ou du besoin d'accompagnement de l'enfant, de la poursuite des soins contraignants et d'une présence soutenue est confirmé par un accord explicite du service du contrôle médical (article L.544-3 du code de la sécurité sociale)

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :



4 Demande d'allocation journalière de présence parentale

Certificat médical

→ Nature des soins, contraintes, tolérance

	Nature de la prestation contraignante	Fréquence, durée et lieu des soins	Participation nécessaire d'un des parents
Traitement médical			
Traitement chirurgical			
Rééducation fonctionnelle			
Adaptation d'un appareillage			
Autre			

→ Coordonnées du médecin

Nom du médecin :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Numéro de téléphone (*facultatif*) : domicile

Spécialité :

Date :

Signature et cachet

Emplacement réservé à la Caf

Date demande :

PAGE 4/4

MAT 000000 -
IDX X 1105001 S -



0000000110500000000