ALLOCATIONS FAMILIALES

cerfa

14104*01

Demande d'affiliation à l'assurance vieillesse d'un aidant familial

Art. L.381-1, D.381-3, D.381-4 du code de la Sécurité sociale

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vous a désigné(e) comme l'aidant familial de :

Nom : _____

Prénom : _____

Vous pouvez donc demander à bénéficier d'une affiliation gratuite à l'assurance vieillesse.

Pour nous permettre de vérifier que vous remplissez les conditions permettant votre affiliation, merci de compléter cette demande.

Si vous ne recevez pas de prestations familiales, joignez la photocopie de votre avis d'imposition de l'année ⌊_⌊_⌊_⌊_ ou à défaut la déclaration de ressources jointe.

Si vous êtes de nationalité étrangère excepté d'un pays de l'EEE* ou Suisse, joignez la photocopie de votre titre de séjour en cours de validité.

► Votre identité

☐ Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : _____

Nom d'époux(se) : _____

Prénoms dans l'ordre de l'état civil : _____

Date de naissance : ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊_ Commune de naissance : _____

Nationalité : ☐ Française ☐ EEE* ou Suisse ☐ Autre

Numéro de Sécurité sociale : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_ ⌊_⌊_

Précisez votre lien de parenté avec la personne aidée : _____

► Vous recevez des prestations familiales

Vous ou votre conjoint (si vous vivez en couple) êtes inscrit à la ☐ Caf ☐ Autre

Précisez le numéro d'allocataire : _____

Nom de l'organisme payeur : _____

► 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.

A _____ , le ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊_ Signature :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.114-13, L.835-5 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code pénal). L'exactitude des déclarations peut être vérifiée, notamment par un agent de contrôle assermenté de la Caf (Article L.114-19 du code de la Sécurité sociale).

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.

► Les conditions à remplir

■ Vous devez avoir un lien de parenté avec l'adulte aidé ou avec le conjoint de cette personne (qu'elle soit mariée, vive en concubinage ou pacsée).

■ Vous ne devez pas déjà être affilié(e) à un autre titre : activité professionnelle, indemnisation chômage, perception d'une pension d'invalidité...

■ Vos ressources et celles de votre conjoint (si vous vivez en couple) ne doivent pas dépasser un certain plafond.

*** Les pays de l'Espace économique européen**
Allemagne – Autriche – Belgique – Bulgarie – Chypre – Danemark – Espagne – Estonie – Finlande – Grèce – Hongrie – Irlande – Islande – Italie – Lettonie – Liechtenstein – Lituanie – Luxembourg – Malte – Norvège – Pays Bas – Pologne – Portugal – République Tchèque – Roumanie – Royaume-Uni – Slovaquie – Slovénie – Suède.

S 7143 - 06/2010

Emplacement réservé

Date de la demande $$$DATE$$$