

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) : .....

## ► 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

Si vous avez déjà bénéficié du complément de libre choix du mode de garde, indiquez le numéro d'employeur délivré par le Centre Pajemploi \_\_\_\_\_

S 7137

Emplacement réservé à la Caf

W 2012001Q Demande du 05/02/2004

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 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.

# Demande du complément de libre choix du mode de garde Prestation d'accueil du jeune enfant

## ► Demande de prélèvement

*A compléter uniquement par les employeurs d'un(e) garde d'enfant à domicile*

Si vous choisissez d'employer un(e) garde d'enfant à domicile, une partie des cotisations sociales dues sur la rémunération de votre salarié(e) restera à votre charge. Elle vous sera prélevée obligatoirement par le centre Pajemploi.

En conséquence, veuillez compléter, dater et signer la demande de prélèvement ci-dessous ainsi que l'autorisation de prélèvement jointe. Celle-ci doit être envoyée à votre Caf en même temps que cette demande du complément de libre choix du mode de garde.

### DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à l'annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier (cf adresse ci-contre).

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR **308 137**

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

---

---

---

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

**CENTRE PAJEMPLOI  
URSSAF DU PUY-EN-VELAY**

**43013 LE PUY-EN-VELAY CEDEX**

COMPTE À DÉBITER

CODES		N° DU COMPTE	CLÉ
ÉTABLISS.	GUICHET		
□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□	□□

NOM ET ADRESSE POSTALE  
DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE  
À DÉBITER

---

---

---

---

DATE

SIGNATURE

□□ □□ □□ □□ □□	
----------------	--

## Informations pratiques

#### Pour que votre dossier soit traité rapidement :

- répondez à toutes les questions qui vous concernent
- datez et signez votre déclaration de situation

Votre droit au complément s'ouvre à compter du premier jour du mois civil au cours duquel votre demande aura été déposée. Envoyez, au plus tôt, à la caisse d'allocation familiales ou de mutualité sociale agricole dont vous dépendez, le formulaire « Déclaration de situation » et ce formulaire, ainsi que l'autorisation de prélèvement, le cas échéant.



Une fois par an, la Caf contrôlera votre situation

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 – Danemark – Espagne – Finlande – Grande Bretagne – Grèce – Irlande – Islande – Italie – Liechtenstein –  
Luxembourg – Norvège – Pays Bas – Portugal – Suède

S 7103h

Emplacement réservé à la Caf

W 1005002S Demande du 05/02/2004

DSIT



## 2 Déclaration de situation

### ► 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"/>

# 3 Déclaration de situation

## ► 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="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ Apprenti(e) .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ Stagiaire de la formation professionnelle .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ CES ( <i>contrat emploi solidarité</i> ) .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
	fin le : <input type="text"/>	fin le : <input type="text"/>

### Pour toutes ces situations, précisez :

Le nom de l'employeur ou de l'organisme de formation ..

Son adresse :

Votre employeur cotise :  à l'Urssaf  à la Msa (*régime agricole*)  à l'Urssaf  à la Msa (*régime agricole*)  
 autre régime, lequel ?   autre régime, lequel ?

■ Travailleur indépendant ou employeur .....

*Vous cotisez :*  à l'Urssaf  à la Msa (*régime agricole*)  à l'Urssaf  à la Msa (*régime agricole*)

■ Conjoint collaborateur .....

depuis le   depuis le

■ Chômeur (indemnisé ou non) .....

depuis le   depuis le

■ Etudiant .....

depuis le   depuis le

■ Retraité(e), pensionné(e) .....

depuis le   depuis le

*Percevez-vous une pension du régime agricole ?* .....

oui  non  oui  non

■ Maladie .....

depuis le   depuis le

■ Sans activité professionnelle .....

depuis toujours  depuis toujours

■ Sans activité professionnelle .....

depuis le   depuis le

■ Autre cas (*congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention, longue maladie, etc.*) .....

depuis le   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 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.

