



Questionnaire Prestations familiales Allocataires de la fonction publique d'Etat

A compter du 1^{er} janvier 2017, les allocataires relevant de la fonction publique d'Etat en poste ou retraités dans les départements de Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion et Saint-Martin, sont rattachés aux Caf. Pour que votre rattachement soit traité rapidement et éviter les retards de paiement :

- répondez à toutes les questions qui vous concernent ;
- joignez toutes les pièces demandées (cf. page 4) ;
- n'oubliez pas de dater et signer votre questionnaire ;
- renvoyez votre dossier à votre employeur ou à votre centre de gestion avant le 30 septembre 2016. Votre dossier sera ensuite transmis à la Caf.

En cas de difficulté, prenez contact avec votre employeur/centre de gestion.

► Allocataire

Un allocataire est la personne à qui le droit aux prestations familiales est reconnu, et qui est responsable du dossier.

Etes-vous ou avez-vous déjà été, vous ou votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e), allocataire d'une Caf ? oui non

- Si oui, précisez le nom de la Caf : _____ Votre numéro d'allocataire Caf : _____
- Si ni vous ni votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) n'êtes déjà allocataire d'une Caf, indiquez la personne que vous choisissez pour être allocataire auprès de la Caf à compter du 1^{er} janvier 2017 :
 - Agent/pensionné (à qui ce questionnaire a été adressé)
 - Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

► Agent/pensionné

Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) : _____

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

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

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : ville _____ département _____

Ou pays en cas de naissance à l'étranger : _____

Nationalité :

Française UE, EEE* ou Suisse autre

Numéro de Sécurité sociale :

► Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) : _____

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

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

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : ville _____ département _____

Ou pays en cas de naissance à l'étranger : _____

Nationalité :

Française UE, EEE* ou Suisse autre

Numéro de Sécurité sociale :

► Adresse

Votre adresse complète : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____

Numéros de téléphone - Domicile : _____ Autre (travail ou portable) : _____

Adresse mél : _____ @ _____

Depuis quelle date résidez-vous à cette adresse ? : _____

Si vous vivez en couple et que votre conjoint, concubin ou pacsé réside à l'étranger, précisez :

le pays : _____ depuis quelle date : _____

* Les pays de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE)

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

Emplacement réservé

Questionnaire Prestations familiales Allocataires de la fonction publique d'Etat

► **Situation familiale**

Vous vivez en couple

- Vous vivez en couple sans être marié ni pacsé depuis le _ _ _ _ _
- Vous êtes marié depuis le _ _ _ _ _
- Vous êtes pacsé depuis le _ _ _ _ _
- Vous avez repris la vie commune depuis le _ _ _ _ _

Vous vivez seul(e)

- Vous êtes célibataire
- Vous êtes divorcé depuis le _ _ _ _ _
- Vous êtes séparé légalement (séparation sans divorce avec intervention du juge) depuis le _ _ _ _ _
- Vous êtes séparé sans intervention du juge ou avez rompu votre pacs depuis le _ _ _ _ _
- Vous êtes veuf ou veuve depuis le _ _ _ _ _

► **Enfants à votre charge et autres personnes de votre foyer**

Si besoin, vous devez déclarer d'autres enfants ou personnes sur papier libre à joindre à ce questionnaire.

Nom et prénoms <small>(dans l'ordre de l'état civil)</small>	Date et lieu ou pays de naissance	Date d'arrivée au foyer et lien de parenté <small>(Fille, fils, nièce, neveu, enfant recueilli, parent, aucun lien...)</small>	Situation actuelle <small>(Scolarité, apprentissage, activité professionnelle...*)</small>	Enfant résidant à l'étranger	Enfant en résidence alternée
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si l'enfant est salarié ou apprenti, précisez son dernier salaire net mensuel et la date de début de son activité, et date de fin de contrat si apprenti.

► **Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh)**

Si vous bénéficiez de l'Aeeh pour un ou plusieurs des enfants à votre charge, veuillez compléter la rubrique pour chaque enfant bénéficiaire.

	Nom et prénom :	Nom et prénom :	Nom et prénom :
• L'enfant est-il placé en internat ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Si l'enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Type de scolarisation, de formation, de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico-social ou sanitaire, hôpital...) :	_____	_____	_____
• Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, veuillez préciser le temps de rémunération :	_ _ heures/semaine	_ _ heures/semaine	_ _ heures/semaine
• Exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel pour vous occuper de l'enfant ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Votre conjoint(e) ou concubin(e) exerce-t-il(elle) une activité professionnelle à temps partiel pour s'occuper de l'enfant ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Percevez-vous la prestation de compensation pour l'enfant ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Emplacement réservé

Questionnaire Prestations familiales Allocataires de la fonction publique d'Etat

► Situation professionnelle (choix multiples possibles)

■ Agent/pensionné

- en activité en France depuis le
- en poste à l'étranger. Précisez le pays : depuis le
- Retraité, pensionné depuis le
- Autre cas (*congé maternité, congé parental, hospitalisation, longue maladie, etc*) depuis le

Précisez : _____

Si vous exercez une activité professionnelle autre qu'à la fonction publique d'Etat, êtes-vous

- Salarié depuis le

Nature du contrat (Cdd, Cdi, etc.) _____

- Non salarié depuis le

■ Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

- Salarié (*y compris en préretraite progressive*) depuis le

Nature du contrat (*Cdd, Cdi, intérim, etc.*) _____

- Fonctionnaire depuis le

- Apprenti depuis le

fin le :

- Stagiaire de la formation professionnelle depuis le

- Travailleur indépendant ou employeur depuis le

- Non salarié agricole depuis le

- Auto-entrepreneur depuis le

- Conjoint collaborateur depuis le

Pour toutes ces situations, précisez :

S'il y a lieu, le nom de l'employeur ou de l'organisme de formation et son adresse : _____

Vous ou votre employeur cotisez **en France** : Cgss/Urssaf à la MSA (*régime agricole*)

autre régime, lequel ? _____

à l'étranger : _____

précisez le pays : _____

- Chômeur (indemnisé ou non) depuis le

Si indemnisé, précisez l'organisme _____

S'agit-il de chômage partiel ? _____

oui non

- Retraité, pensionné (*y compris en préretraite totale*) depuis le

De quel(s) régime(s) percevez-vous une pension ? _____

- En maladie depuis le

- Autre cas (*congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention sauf régime de semi-liberté, longue maladie, etc.*): depuis le

Nom et adresse de l'établissement en cas d'hospitalisation ou de détention : _____

Précisez la situation : _____

Si pour une de ces situations, les indemnités

ou pensions sont versées par un pays étranger : _____

Nom de l'organisme et pays : _____

- Etudiant depuis le

- Sans activité professionnelle depuis le

depuis toujours

► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts. Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait. Je prends connaissance que cette déclaration peut faire l'objet d'un contrôle des organismes chargés du service des prestations, auprès de Pôle emploi, du service des impôts et de l'Agence des services et des paiements (Asp) ; qu'à la demande de la Caf/MSA je devrai justifier de ma situation notamment mon activité (bulletin(s) de salaire...) et de celle de tout enfant ou autre personne vivant au foyer.

A _____

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 (Articles L. 114-9 et L. 114-17 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal). L'exactitude de vos déclarations peut être vérifiée, notamment par un agent de contrôle assermenté de la Caf/MSA ou directement auprès des organismes ou services cités ci-dessus (Article L. 114-19 du code de la Sécurité sociale). Vos données personnelles sont traitées par la branche Famille du régime général ou votre MSA dans le cadre de la gestion de vos prestations. Certaines de ces informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions.

Au titre de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre Caf ou de votre MSA, par courrier postal accompagné d'une preuve d'identité signée.

Emplacement réservé

Questionnaire Prestations familiales Allocataires de la fonction publique d'Etat

Pièces à joindre à votre questionnaire*

■ Si vous n'êtes pas déjà allocataire de la Caf (ni vous ni votre conjoint) :

Pour le versement des prestations

- un Relevé d'identité bancaire (avec code BIC-IBAN)

Si votre conjoint est au chômage et relève d'un autre organisme que Pôle Emploi

- photocopie de la notification d'attribution ou de refus d'allocation

■ Si votre foyer perçoit déjà des prestations de la Caf :

L'intégralité des prestations sera versée à compter du 1^{er} janvier 2017 sur le compte bancaire déjà connu de la Caf.

Si vous souhaitez changer de compte bancaire recevant les prestations

- un Relevé d'identité bancaire (avec code BIC-IBAN)

* Après l'étude de votre dossier, la Caf est susceptible de vous demander des pièces complémentaires.

Attestation à remplir par votre employeur ou centre de gestion

■ Prestations en cours de versement à la date d'établissement de ce document

Aeeh Af Ajpp Asf Avpf Forfait Af Cf

Prestations exportables ou complément différentiel (règlements communautaires) allocations conventionnelles

■ Enfant(s) à naître :

Date de début de conception : Date de déclaration de grossesse :

Nombre d'enfant(s) à naître

■ Pièces jointes

Attestation Ajpp - précisez le nombre Attestation Asf - précisez le nombre :

Attestation résidence alternée - précisez le nombre : Attestation de régularité de séjour

En cas de droit Aeeh, décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (Cdpah) pour chaque enfant concerné

En cas de droit à la prestation de compensation, notification d'attribution de la prestation de compensation pour chaque enfant concerné

Jugement de protection de la personne majeure (*jugement de curatelle, de tutelle, de mesure d'accompagnement judiciaire, de sauvegarde de justice ou jugement prononçant une mesure d'aide à la gestion du budget familial*)

Lettre de placement d'enfant à l'aide sociale à l'enfance

■ Observations particulières de l'employeur ou centre de gestion

L'employeur/centre de gestion _____ atteste la conformité des informations portées sur ce questionnaire avec celles dont elle dispose et cessera tout paiement des prestations le 1er janvier 2017.

Fait à : _____ Le :

Cachet de l'employeur/centre de gestion

Signature du responsable dossier

Emplacement réservé