

**Merci de compléter également  
un formulaire de déclaration de situation.**

Art. L.531-1, L.531-5 à L.531-7 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 le(s) faites garder au moins 16 heures par mois par une micro-crèche ou par un(e) assistant(e) maternel(le) ou une garde à domicile employé(e) par une association ou une entreprise habilitée ou une micro-crèche. Cet organisme vous facture chaque mois le coût de ce service et ne bénéficie pas de subvention versée par la Caf ou la MSA.
- Un complément de libre choix du mode de garde peut vous être versé, couvrant une partie de la dépense. Un minimum de 15 % des frais restera à votre charge.
- Remplissez cette demande et n'oubliez pas de faire compléter l'attestation au verso par cet organisme.

### ► Vous êtes l'allocataire : merci de rappeler votre identité

Votre nom : \_\_\_\_\_ Vos prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : \_\_\_\_\_

Votre date de naissance :

Numéro d'allocataire (si vous en possédez un) : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale ou de MSA :

### ► Votre situation professionnelle

■ **Salarié(e)**  
(Ou en situation de maladie, maternité, paternité, formation professionnelle, chômage indemnisé sauf allocation temporaire d'attente 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 non salarié agricole ou employeur** \_\_\_\_\_

. Etes-vous affilié à titre personnel à un organisme d'assurance vieillesse ? \_\_\_\_\_

. Auprès de quel organisme ? \_\_\_\_\_

. Etes-vous à jour du paiement des cotisations vieillesse ? \_\_\_\_\_

■ **Bénéficiaire de l'allocation temporaire d'attente** ...

■ **Bénéficiaire de l'allocation de solidarité spécifique**

■ **Autres cas. Précisez :** \_\_\_\_\_

#### Allocataire (vous-même)

€

€

oui  non

oui  non

oui  non

oui  non

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

€

€

oui  non

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.

A \_\_\_\_\_

Signature de l'allocataire ou de son représentant

Le \_\_\_\_\_

Si le signataire est un représentant de l'allocataire, précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La Loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.114-13 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code pénal). La Caf/MSA vérifie l'exactitude des déclarations (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.

### Emplacement réservé

Date de la demande

# Demande du complément de libre choix du mode de garde

(association, entreprise habilitée ou micro-crèche)

Prestation d'accueil du jeune enfant

## Attestation à remplir par l'association, l'entreprise habilitée ou la micro-crèche

Je soussigné(e) (nom ou raison sociale) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Atteste ne pas percevoir directement au titre de l'aide au fonctionnement, pour le même service, une subvention (prestation de service) financée par la Caf ou la MSA

Atteste être autorisé(e) par le président du conseil général pour accueillir des enfants de moins de 6 ans (*article L.2324-1 du code de la santé publique*) - la garde est assurée par des assistant(e)s maternel(le)s.

Date de l'autorisation : \_\_\_\_\_

Atteste être agréé(e), par le préfet du département, pour assurer la garde d'enfants au domicile des personnes (agrément qualité) (*articles L.129-1 ou L.7232-1 du code du travail et arrêté du 24/11/2005*)

Date d'agrément : \_\_\_\_\_

Atteste être agréé(e), par le préfet du département, pour assurer la garde d'enfants de trois à six ans au domicile des personnes (agrément simple) (*articles L.129-1 ou L.7232-1 du code du travail*)

Date de l'agrément : \_\_\_\_\_

Atteste être habilité(e), au sens de l'article R. 2324-47 du code de la santé publique en tant que micro-crèche

Date de l'habilitation : \_\_\_\_\_

### ► Renseignements concernant les enfants gardés

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

### ► 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 - cachet de l'association, l'entreprise habilitée ou la micro-crèche

La Loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.114-13 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code pénal). La Caf/MSA vérifie l'exactitude des déclarations (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.

## Informations pratiques

Ce complément est cumulable, sous certaines conditions, avec le complément attribué au titre de l'embauche directe par vous-même d'un(e) assistant(e) maternel(le) ou d'un(e) garde à domicile. Renseignez-vous auprès de votre Caf ou de votre MSA. Votre droit au complément s'ouvre à compter du premier jour du mois civil au cours duquel votre demande aura été déposée. Envoyez, avant la fin du premier mois d'embauche, à la Caf ou la MSA dont vous dépendez, le formulaire "Déclaration de situation" et ce formulaire.

 **Une fois par an, la Caf/MSA contrôlera votre situation**

**Emplacement réservé**