

Merci de compléter également  
un formulaire de déclaration de situation.

Art. L.531-1, L.531-4, L.531-10 et L.532-2 du code de la Sécurité sociale

### Ce qu'il faut savoir

Dès le premier enfant, si vous souhaitez arrêter de travailler ou travailler à temps partiel pour garder vous-même votre ou vos enfants de moins de trois ans, vous pouvez demander le complément de libre choix d'activité.

Attention, si vous avez trois enfants ou plus, vous devez choisir dans ce formulaire entre le complément de libre choix d'activité et le complément optionnel de libre choix d'activité.

### ► 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 :

### ► Indiquez qui, dans votre couple (allocataire, conjoint, concubin ou pacsé) demande à bénéficier du complément

Son nom : \_\_\_\_\_ Son prénom : \_\_\_\_\_

Sa date de naissance :

### ► Veuillez vous reporter à la page 4 avant de compléter ces rubriques

**Vous avez un ou deux enfants** vous demandez le complément de libre choix d'activité Cocher cette case ☐

**Vous avez trois enfants ou plus** Vous avez le choix entre le complément de libre choix d'activité et le complément optionnel de libre choix d'activité

Vous demandez le complément de libre choix d'activité Cocher cette case ☐

Vous demandez le complément optionnel de libre choix d'activité Cocher cette case ☐

**Attention : le complément optionnel ne peut vous être versé que si vous cessez totalement votre activité. Le choix d'en bénéficier est définitif, vous ne pourrez y renoncer pour bénéficier du complément de libre choix d'activité pour le même enfant.**

### ► Le demandeur cesse totalement son activité ou a cessé totalement d'être indemnisé

☐ Cessation totale d'activité salariée depuis le :

Motif : ☐ démission, fin de contrat

☐ congé sans solde ou congé parental jusqu'au :

Nom et adresse du dernier employeur : \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques de votre dernier employeur :

☐ Vous avez été en congés payés du       au

☐ Vous avez été en congés conventionnels du       au

☐ Cessation totale d'activité non salariée depuis le :       (le demandeur ne doit plus être affilié à un régime obligatoire d'assurance vieillesse)

Nom et adresse de l'organisme d'assurance vieillesse : \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques de cet organisme :

☐ Fin de perception d'indemnités journalières au titre du congé de maternité, de paternité, d'adoption, de maladie, d'accident du travail ou allocation de remplacement depuis le :

Nom et adresse de l'organisme qui vous versait ces indemnités : \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques de cet organisme :

☐ Fin de perception ou suspension des indemnités chômage depuis le :

Nom et adresse de l'organisme qui vous versait ces indemnités : \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques de cet organisme :

☐ Sans activité professionnelle et ne percevant pas d'indemnités maladie, maternité, de paternité, chômage, adoption, d'accident du travail ou allocation de remplacement, depuis le :

☐ Autre cas : \_\_\_\_\_

S 7138 b

Emplacement réservé

Date de demande 24/03/2010

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

## ► Le demandeur exerce une activité à temps partiel

- ☐ Activité salariée (*y compris vacataire, cadre au forfait jour, particulier accueillant des personnes âgées ou handicapées*)
- ☐ Formation professionnelle

**Dans ces deux cas, faites compléter l'attestation d'activité ou de stage ci-dessous par le (ou les) employeur(s) ou par l'organisme de stage (sauf pour les particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées : joignez une attestation du conseil général)**

- ☐ Activité d'assistant(e) maternel(le) agréé(e)

- Joignez une attestation de chaque famille employeur mentionnant le nombre de jours ou de demi-journées de garde d'enfant pour le mois au cours duquel vous effectuez votre demande ;
- Indiquez le nombre d'enfants pour lequel l'agrément vous est accordé

- ☐ Travailleur indépendant ou VRP

**Complétez :**

J'atteste sur l'honneur exercer une activité à temps partiel de   %  
par rapport à un temps plein, depuis le :

- ☐ Fin de perception d'indemnités journalières pour maternité, paternité, adoption, maladie, accident du travail ou d'allocation de remplacement depuis le :

Nom et adresse de l'organisme qui versait ces indemnités : \_\_\_\_\_

## Attestation d'activité à remplir par l'employeur ou l'organisme de formation

Je soussigné (*nom ou raison sociale et adresse*) : \_\_\_\_\_

atteste que M., Mme (*nom, prénom*) \_\_\_\_\_

exerce (ou exercera) depuis le       une activité ou une formation à temps partiel de   %  
par rapport à la durée de travail à temps plein de l'entreprise (ou de l'organisme de formation).

Fait à : \_\_\_\_\_

Le :

Cachet de l'entreprise

Signature de l'employeur ou de l'organisme

## ► 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 \_\_\_\_\_

*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 (Article L.114-13 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code pénal). La Caf/MSA vérifie l'exactitude des déclarations effectuées (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**

# Informations pratiques

### Pour que votre dossier soit traité rapidement :

- répondez à toutes les questions qui vous concernent
- joignez toutes les pièces justificatives demandées
- n'oubliez pas de compléter une déclaration de situation

**Attention :** si vous accueillez des personnes âgées ou handicapées à votre domicile, vous serez alors considéré comme travaillant à temps partiel.

### **Vous avez cessé de travailler :**

- Une fois par an, la Caf/MSA vous enverra une attestation à compléter pour contrôler votre situation.

### **Vous travaillez à temps partiel :**

- **Si vous exercez une activité salariée :** tous les 6 mois, la Caf/MSA vous réclamera une nouvelle attestation de votre employeur indiquant le pourcentage du temps de travail exercé.
  - **Si vous exercez une activité d'assistant(e) maternel(le) :** tous les 6 mois, la Caf/MSA vous réclamera une nouvelle attestation de chaque famille employeur indiquant le nombre de jours ou de demi-journées de garde de l'enfant.
  - **Si vous accueillez des personnes âgées ou handicapées à votre domicile :** joignez une attestation du Conseil général précisant le nombre de personnes âgées ou handicapées accueillies au domicile.
  - **Si vous exercez une activité non salariée :** tous les 6 mois, la Caf/MSA vous réclamera une nouvelle déclaration sur l'honneur sur laquelle vous indiquerez le pourcentage du temps de travail que vous allez exercer pour les 6 prochains mois. De plus, un contrôle annuel sera effectué au vu de votre avis d'imposition.
- Lors de ce contrôle annuel, si votre revenu annuel divisé par le nombre de mois d'activité est supérieur à 106,25 % (si vous travaillez à mi-temps ou moins) ou à 170 % du Smic mensuel (si vous travaillez entre 50 et 80 % d'un temps plein), vous devrez nous rembourser les mensualités du complément. Il est donc essentiel de nous signaler les changements liés à votre activité professionnelle.

## ► Pièces à joindre à votre demande

### En fonction de votre situation...

**Un premier enfant** est arrivé à votre foyer  
Vous devez avoir eu une activité professionnelle (\*) pendant les 2 années qui précèdent l'arrivée de votre enfant, soit 8 trimestres  
(\*) *activité salariée, non salariée, maladie, maternité, accident du travail indemnisé*

**Un deuxième enfant** est arrivé à votre foyer  
Vous devez avoir eu une activité professionnelle (\*) d'au moins 2 ans dans les 4 années qui précèdent l'arrivée de votre enfant, soit 8 trimestres.  
(\*) *activité salariée, non salariée, formation professionnelle, chômage, maladie, maternité,, accident du travail indemnisé*

**Un troisième enfant (ou plus)** est arrivé à votre foyer  
Vous devez avoir eu une activité professionnelle (\*) d'au moins 2 ans dans les 5 années qui précèdent l'arrivée de votre enfant, soit 8 trimestres.  
(\*) *activité salariée, non salariée, formation professionnelle, chômage, maladie, maternité, accident du travail indemnisé*

### ...vous devez fournir

- un relevé de carrière de votre organisme d'assurance vieillesse, précisant les trimestres acquis au titre de votre retraite personnelle sur les deux dernières années en cours
- ou** • la photocopie de vos avis d'imposition des deux dernières années en cours
- ou** • la photocopie de vos bulletins de salaire des mois de novembre et décembre de ces deux dernières années, si vous avez travaillé pour le ou les même(s) employeur(s)
- ou** • la photocopie de tous vos bulletins de salaires des deux dernières années
- ou** • le décompte des indemnités journalières maladie, maternité, adoption perçues au cours de ces deux dernières années
- ou** • pour les travailleurs indépendants une attestation de votre organisme d'assurance vieillesse justifiant de 8 trimestres de cotisations validés dans les deux ans en cours.
- un relevé de carrière de votre organisme d'assurance vieillesse, précisant les trimestres acquis au titre de votre retraite personnelle sur les quatre dernières années
- la photocopie de vos avis d'imposition des quatre dernières années
- ou** • la photocopie de vos bulletins de salaire des mois de novembre et décembre de ces quatre dernières années, si vous avez travaillé pour le ou les même(s) employeur(s)
- ou** • la photocopie de tous vos bulletins de salaires des quatre dernières années
- ou** • le décompte des indemnités journalières maladie, maternité, adoption perçues au cours de ces quatre dernières années
- ou** • pour les travailleurs indépendants une attestation de votre organisme d'assurance vieillesse justifiant de 8 trimestres de cotisations validés dans les quatre ans.
- un relevé de carrière de votre organisme d'assurance vieillesse, précisant les trimestres acquis au titre de votre retraite personnelle sur les cinq dernières années
- ou** • la photocopie de vos avis d'imposition des cinq dernières années
- ou** • la photocopie de vos bulletins de salaire des mois de novembre et décembre de ces cinq dernières années, si vous avez travaillé pour le ou les même(s) employeur(s)
- ou** • la photocopie de tous vos bulletins de salaires des cinq dernières années
- ou** • le décompte des indemnités journalières maladie, maternité, adoption perçues au cours de ces cinq dernières années
- ou** • pour les travailleurs indépendants une attestation de votre organisme d'assurance vieillesse justifiant de 8 trimestres de cotisations validés dans les cinq dernières années.

### Notice explicative

Pour le complément de libre choix d'activité (Clca), si vous vivez en couple et si vous travaillez tous les deux à temps partiel, vous pouvez bénéficier chacun d'un complément de libre choix d'activité à taux partiel. Dans ce cas, vous devez remplir chacun une demande.

Pour le complément optionnel de libre choix d'activité (Colca) et le Clca pour un premier enfant, si vous vivez en couple, vous pouvez bénéficier alternativement de ce complément. Le Colca n'est pas versé à taux partiel, mais uniquement en cas de cessation de l'activité professionnelle.

#### 1. Le complément de libre choix d'activité (Clca) dès le 1<sup>er</sup> enfant

Le complément de libre choix d'activité peut vous apporter une aide financière si vous ne travaillez plus ou exercez une activité professionnelle à temps partiel, pour vous consacrer à l'éducation de votre ou de vos enfants.

- Pour un premier enfant, il peut être versé pendant une période maximale de 6 mois. Cette période est décomptée à partir de la naissance, l'adoption ou le recueil en vue d'adoption, ou du mois de fin des indemnités journalières pour maladie, maternité, paternité, adoption ou accident du travail.
- A partir du deuxième enfant, il peut être versé jusqu'au mois précédant le troisième anniversaire.

**Vous pouvez demander le complément de libre choix d'activité si :**

- vous avez au moins un enfant né ou adopté à compter du 01/01/2004,
- vous avez cessé de travailler ou vous travaillez à temps partiel,
- vous avez été affilié(e) pendant au moins 8 trimestres à un régime d'assurance vieillesse dans les deux ans qui précèdent l'arrivée de votre enfant (voir la liste des pièces à joindre à votre demande page 3).

**Le montant du complément varie en fonction :**

- de la cessation totale ou partielle de votre activité,
- du versement ou non de l'allocation de base de la Paje.

#### 2. Le complément optionnel de libre choix d'activité (Colca) à partir du 3<sup>ème</sup> enfant

Le complément optionnel de libre choix d'activité permet aux parents de bénéficier à partir du troisième enfant, du versement d'une allocation plus importante mais pendant une durée plus courte que le complément de libre choix d'activité à taux plein.

**Vous pouvez demander le Colca si :**

- vous avez au moins trois enfants à charge, dont l'un est né ou adopté à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006,
- vous avez cessé de travailler,
- vous avez été affilié(e) pendant au moins 8 trimestres à un régime d'assurance vieillesse dans les 5 ans qui précèdent l'arrivée de votre dernier enfant si vous avez plus de deux enfants (voir la liste des pièces à joindre à votre demande page 3).

Ce complément peut être versé pendant une période maximale de 12 mois calculée à compter de la naissance, de l'adoption ou du recueil en vue d'adoption.

Si vous percevez des indemnités journalières pour maladie, maternité, paternité, adoption ou accident du travail, ou des allocations de remplacement, vous commencerez à bénéficier du Colca à compter du mois de fin de perception de ces indemnités et au maximum jusqu'au mois précédant le 1<sup>er</sup> anniversaire de la naissance ou de l'adoption ou du recueil en vue d'adoption.

Le choix entre le Colca et le Clca, au titre d'un même enfant, est définitif.

### Attention

Vous ne pouvez pas cumuler le complément et vos indemnités de chômage. Mais vous pouvez demander à l'organisme qui vous verse les indemnités de chômage d'interrompre le versement pendant que vous percevrez le complément.

Si vous percevez des indemnités journalières pour maladie, maternité, paternité, adoption ou accident du travail, ou des allocations de remplacement, envoyez votre demande à la fin de votre indemnisation. En effet, le complément n'est pas cumulable avec ces indemnités, sauf en cas de demande pour un premier enfant et de demande de complément optionnel pour lesquelles le cumul est possible sur le dernier mois d'indemnités journalières.

La Caf ou la MSA signale automatiquement votre droit au complément à la Cnam et à Pôle emploi.

**LES PIECES QUE VOUS DEVEZ REUNIR ET JOINDRE A VOTRE DEMANDE  
DU COMPLEMENT DE LIBRE CHOIX D'ACTIVITE**  
Prestation d'accueil du jeune enfant

**Un troisième enfant (ou plus) est arrivé à votre foyer**

Pour justifier que vous avez eu une activité professionnelle\* suffisante d'au moins 2 ans dans les 5 années qui précèdent l'arrivée de votre enfant, soit 8 trimestres, joignez :

- **un avis d'imposition**

**ou**

- **vos bulletins de salaire** (celui de décembre est suffisant pour justifier une année s'il comporte le cumul annuel imposable, sinon vos bulletins des 12 mois)

**ou**

- **le décompte des indemnités journalières maladie, maternité, paternité, chômage.**

**ou**

- **une attestation de votre organisme d'assurance vieillesse**, si vous étiez travailleur indépendant, justifiant d'au moins 8 trimestres de cotisations validés à titre personnel

*\* activité salariée, non salariée, formation professionnelle, chômage, maladie, maternité, paternité, accident du travail indemnisé.*

**POUR VOTRE INFORMATION**

**Vous avez cessé de travailler** : une fois par an, la Caf vous enverra une attestation à compléter pour contrôler 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 24/03/2010

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) (y compris contrat emploi consolidé CEC) .....	<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 (contrat emploi solidarité) .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/> fin le : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis 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 ..	<input type="text"/>	
Son adresse : .....	<input type="text"/>	
Votre employeur cotise : .....	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf <input type="checkbox"/> à la Msa (régime agricole) <input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf <input type="checkbox"/> à la Msa (régime agricole) <input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? <input type="text"/>
■ Travailleur indépendant ou employeur .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
Vous cotisez : .....	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf <input type="checkbox"/> à la Msa (régime agricole)	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf <input type="checkbox"/> à la Msa (régime agricole)
■ Conjoint collaborateur .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ Chômeur (indemnisé ou non) .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ Etudiant .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ Retraité(e), pensionné(e) .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
Percevez-vous une pension du régime agricole ? .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
■ Maladie .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ Sans activité professionnelle .....	<input type="checkbox"/> depuis toujours	<input type="checkbox"/> depuis toujours
■ Sans activité professionnelle .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ Autre cas (congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention, longue maladie, etc.) .....	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
Précisez : .....	<input type="text"/>	
Nom et adresse de l'établissement en cas de détention ou d'hospitalisation: .....	<input type="text"/>	

#### ► 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.

