msa santé famille retraite services

Demande du complément de libre choix du mode de garde

(association ou entreprise habilitée)

Prestation d'accueil du jeune enfant

cerfa N° en cours

Merci de compléter également un formulaire de déclaration de situation pour les prestations familiales et logement.

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 assistant(e) maternel(le) ou une garde à domicile qui est employé(e) par une association ou une entreprise habilitée.**
  L'association ou l'entreprise vous facture, chaque mois, le coût de ce service et vous pouvez le justifier.
  L'association ou l'entreprise ne bénéficie pas de subvention versée par la MSA ou la Caf.
  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 remplir l'attestation au verso par l'association ou l'entreprise.**

Vous êtes l'allocataire : merci de rappeler votre identité

Votre nom : ..... Votre prénom : .....

Votre date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Numéro de Sécurité sociale ou de MSA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Votre situation professionnelle

	Allocataire (vous-même)	Conjoint(e) concubin(e) ou pacsé(e)
■ Salarié(e) *(ou en situation de maladie, maternité, paternité, adoption, accident du travail, 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	□□□□ €	□□□□ €
■ Non-salarié(e) agricole	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
■ Travailleur indépendant ou employeur		
• affilié à titre personnel à un organisme d'assurance vieillesse	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
• à jour du paiement des cotisations (exonéré...)	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Auprès de quel organisme ?	_____	_____
■ Bénéficiaire de l'allocation d'insertion et/ou de l'allocation de solidarité spécifique	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
■ Autres cas. Précisez :	_____	_____
	_____	_____

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 MSA vérifie l'exactitude des déclarations effectuées, notamment au moyen d'une enquête menée par un agent de contrôle agréé et assermenté. La MSA engagera des poursuites pénales à l'encontre de toute personne coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
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 loi n° 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.

PAO/CCMSA - Réf. : 10741

Demande du complément de libre choix du mode de garde

(association ou entreprise habilitée)

Prestation d'accueil du jeune enfant

Attestation à remplir par l'association ou l'entreprise

Je soussigné(e) (nom ou raison sociale) : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Téléphone (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

atteste :

☐ être autorisée par le président du Conseil général pour accueillir des enfants de moins de 6 ans *(article L. 2324-1 ter du code de la santé publique)*
date de l'autorisation : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
et ne pas percevoir directement au titre de l'aide au fonctionnement, une subvention financée par la MSA ou par le Caf (prestation de service).

Renseignements concernant les enfants gardés par une assistante maternelle :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

☐ être agréée, par le préfet du département, pour assurer la garde d'enfants au domicile des personnes (article L 129-1 du code du travail)
date d'agrément : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Renseignements concernant les enfants gardés dans le cadre d'une garde à domicile :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Fait à : _____ Le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature - Cachet

Informations pratiques

Parce que votre situation est unique et pour que votre dossier soit traité rapidement :
- répondez à toutes les questions qui vous concernent
- datez et signez cette déclaration

Ce complément est cumulable, sous certaines conditions, avec le complément attribué au titre de l'embauche directe par vous-même d'un(e) assistante maternel(le) ou d'un(e) garde à domicile. Renseignez-vous auprès 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, au plus tôt, à votre MSA, le formulaire « Déclaration de situation pour les prestations familiales et logement » et ce formulaire.

⚠ ***Une fois par an, la MSA contrôlera votre situation***