



santé  
famille  
retraite  
services

# Demande d'affiliation à l'Assurance vieillesse du parent au foyer - Aidant familial d'une personne adulte handicapée



14104\*02

Art. L. 381-1, L. 753-6, R. 381-1 à R. 381-4, D. 381-3 à D. 381-7 du code de la Sécurité sociale

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vous a désigné(e) comme aidant familial.

Vous pouvez donc demander à bénéficier d'une affiliation gratuite à l'Assurance vieillesse par votre Caf ou MSA qui prendra en charge les cotisations.

Pour nous permettre de vérifier que vous remplissez les conditions d'affiliation, merci de compléter cette demande.

## ► Situation de l'aidant familial

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 : \_\_\_\_

Nationalité :  Française  UE, EEE\* ou Suisse  autre

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ complément (lieu-dit) : \_\_\_\_\_

Précisez votre lien de parenté avec la personne handicapée : \_\_\_\_\_

## ► Si vous recevez des prestations familiales

Vous ou votre conjoint, partenaire de pacs ou concubin êtes inscrit à la  Caf  MSA

Précisez votre numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme payeur : \_\_\_\_\_

## ► Situation de la personne handicapée

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 : \_\_\_\_

Nationalité :  Française  UE, EEE\* ou Suisse  autre

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

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

Perçoit des prestations familiales de la  Caf  MSA

Dans ce cas, précisez son numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

Et le nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

## ► Les conditions à remplir

■ Vous ou votre conjoint devez avoir un lien de parenté avec la personne handicapée (conjoint, concubin ou pacsé, ascendant, descendant ou collatéral).

■ Vos revenus professionnels ne doivent pas dépasser un plafond (à consulter sur caf.fr).

■ Vous et la personne handicapée devez résider au même domicile.

■ La personne handicapée doit avoir un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %.

## ► 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature :

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 (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.

### \* 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.

S 7143 a

### Emplacement réservé

Date de la demande

AVAFH

Page 1/1

IDX P 1100602 Q