

## DEMANDE D'ALLOCATION JOURNALIÈRE **DE PRÉSENCE PARENTALE**

Merci de compléter également un formulaire de déclaration de situation

Art L 544-1 à L544-9 du code de la sécurité sociale

- Vous avez un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé et vous souhaitez arrêter de travailler ponctuellement pour vous en occuper.
- Vous pouvez demander l'allocation journalière de présence parentale (Ajpp).
- Vous devez être salarié(e), non salarié(e), stagiaire de la formation professionnelle rémunérée ou au chomâge indemnisé.
Si vous êtes salarié(e), vos périodes d'absence doivent s'inscrire dans le cadre d'un congé de présence parentale demandé à votre employeur .
Vous ne pouvez pas cumuler l'allocation journalière de présence parentale et vos indemnité(s) de chômage.
Si vous êtes dans cette situation, vous devez signaler chaque mois le nombre de jours pris à l'organisme qui vous verse ces indemnités. Celles-ci cont recaleulées.

sont recalculées.

Si vous vivez en couple, vous pouvez en bénéficier tous les deux dans la limite de 22 allocations journalières par mois et par enfant malade. Dans ce cas vous devez remplir chacun une demande.

- Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité, d'un avantage de vieillesse ou si vous êtes au chômage non indemnisé, vous ne pouvez pas recevoir cette allocation, il est donc inutile de faire une demande.
- Vous pouvez percevoir, sous certaines conditions, un complément pour les frais occasionnés par l'état de santé de votre enfant.

Rubrique 1 : Votre identité
Nom de famille :
nom d'usage :
Date de naissance : LILI LILILILI
Numéro d'allocataire (si vous en possédez un):
Numéro de Sécurité sociale : LILLILLILLILLILLILLILLILLILLILLILLILLIL
Rubrique 2 : Indiquez qui, dans votre couple (allocataire, conjoint, concubin ou pacsé), demande à bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.
Nom de famille :
nom d'usage :
Date de naissance : LILI LILILILI
Numéro d'allocataire (si vous en possédez un):
Numéro de Sécurité sociale : L.
Rubrique 3 : Renseignements concernant le demandeur
Salarié(e). Les périodes d'absence s'inscrivent dans le cadre d'un congé de présence parentale qui a commencé
le:
Nom, prénom ou raison sociale de votre employeur :
Adresse:
Code postal : LLL Commune :
Numéro de téléphone : LLLLLLLLLL
Travailleur indépendant ou employeur, stagiaire de la formation professionnelle rémunérée  Précisez la date du 1er jour d'arrêt de l'activité pour s'occuper de l'enfant
Chômage indemnisé
Nom de l'organisme qui verse les indemnités :
Adresse:
Code postal : LLL Commune :
Numéro Pôle emploi :
Autre situation, précisez laquelle :
Emplacement réservé
Date de la demande : La

MAT 0000000 -Page 1/4 IDX X 1105001 S -

## DEMANDE D'ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE

Rubrique 4: Renseignements concernant l'enfant pour lequel vou	s demandez l'allocation
Vous devez faire une demande pour chaque enfant.	
Nom: Prénoms (	dans l'ordre de l'état civil) :
Date de naissance : LILI LILI LILILI	
Personne qui prend en charge l'enfant pour l'assurance maladie :	
Nom: Prénoms (	dans l'ordre de l'état civil) :
Numéro de sécurité social :	
Organisme qui rembourse les frais de maladie de l'enfant :	
Nom:	
Adresse :	
Code postal : LCommune :	
code postar:commune	
Rubrique 5 : Engagement et signature	
Je certifie l'exactitude de cette déclaration et des documents joints.	
Fait à :	Le:
Si le signataire est un représentant de l'allocataire, précisez ci-dessous se	
qualité et adresse :	Signature de l'allocataire ou de son représentant
Pour le service et le contrôle de l'allocation journalière de présence parentale, votre nel pour le compte de l'État. Ce traitement est nécessaire au respect des articles L214 Dans le cadre de l'exécution de sa mission d'intérêt public, la CPS pourra également le non-recours au droit, de statistiques, recherches et études. Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à l'atteinte de la finalité Au titre du règlement général européen sur la protection des données (RGPD) et concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitat Vous pouvez accéder aux données vous concernant, demander à ce qu'elles soient re Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dan données par mail à l'adresse dpo@groupe-aesatis.com Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits ne sont pas respectés, vous	et suivants du Code de l'action sociale et des familles. utiliser vos données à des fins d'évaluation des politiques publiques, de lutte contre et dans le respect des obligations qui pèsent sur l'organisme. le la loi informatique et libertés modifiées vous pouvez accéder aux données vous ion du traitement de vos données. ctifiées ou effacées, en en faisant la demande à la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS). s le cadre de ce traitement, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des
Attestation à faire comp Vous pouvez également joindre une attestation	<b>léter par votre médecin</b> identique établie par le médecin sur papier libre
Période prévisible des soins contraignants et de la présence paren Si le demandeur à déjà bénéficié de l'Ajpp pour le même enfant, ir	tale, à compter de La La La La La pour La mois adiquer :
S'il s'agit d'une nouvelle pathologie	
S''il s'agit d'une rechute ou d'une récidive ou si la gravité de la patholo contraignants	gie de l'enfant nécessite toujours une présence continue ou des soignants
S''il s'agit d'un renouvellement exceptionnel nécessitant un accord exp	licite du service du contrôle médical (voir précisions page 3)
Nom, prénom du médecin :	
·	gnature et cachet du médecin
Fait à : Le : Le :	

Emplacement réservé

# DEMANDE D'ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE

## Attestation à faire compléter par votre médecin

Vous devez obligatoirement joindre à votre demande, sous enveloppe fermée, le certificat médical détaille (en pages 3 et 4) complétée par votre médecin.

### Pour que votre dossier soit traité rapidement :

Répondez à toutes les questions qui vous concernentN'oubliez pas de compléter une déclaration de situation

#### Certificat médical

nécessaire pour obtenir l'allocation journalière de présence parentale Certificat (2pages) à remettre à la CPS sous enveloppe fermée

## Partie à compléter par l'assuré(e)

Nom :	
(de naissance)	
Nom d'usage :	
(facultatif et s'il y a lieu)	••••••
Numéro de sécurité sociale :	
Nom ou numéro du centre de paiement ou de la section mutualiste versant les prestations maladie pour l'enfant :	
Recevez-vous des prestations familiales ?	
Si oui, nom et adresse de l'organisme qui vous les verse :	
Code postal:	
Sous quel nom ?:	
artie à compléter par le médecin	
Première demande	
•	
état civil de l'enfant	
' <b>état civil de l'enfant</b> Nom et prénom :	
Yétat civil de l'enfant  Nom et prénom :	
Yétat civil de l'enfant  Nom et prénom :	
'état civil de l'enfant  Nom et prénom :	
'état civil de l'enfant  Nom et prénom :	
'état civil de l'enfant  Nom et prénom :	
'état civil de l'enfant  Nom et prénom :	
'état civil de l'enfant  Nom et prénom :	
Yétat civil de l'enfant  Nom et prénom :	
Vétat civil de l'enfant  Nom et prénom :	

(1) Lorsque le bénéficiaire à déjà perçu le nombre maximal d'Ajpp (310 jours) avant la période initiale de 3 ans, un renouvellement exceptionnel peut-être accordé lorsque le nouveau certificat médical établi par le médecin qui suit l'enfant atteste le caratère indispensable au regard du traitement de la pathologie ou du besoin d'accompagnement de l'enfant, de la poursuite des soins contraignants et d'une présence soutenue est confirmé par un accord explicite du service du contrôle médical (article L.544-3 du code de la sécurité sociale)

Emplacement réservé

## DEMANDE D'ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE

## Certificat médical

## Nature des soins, contraintes, tolérance

	Nature de la prestation contraignante	Fréquence, durée et lieu des soins	Participation nécessaire d'un des parents
Traitement médical			
Traitement chirurgical			
Rééducation fonctionnelle			
Adaptation d'un appareillage			
Autre			
Coordonnées du mo	édecin		

Nom du médecin :
Adresse:
Code postal : LILILI
Numéro de téléphone (facultatif) : domicile
Spécialité:
Data de la