

DEMANDE D'ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE

Rubrique 4 : Renseignements concernant l'enfant pour lequel vous demandez l'allocation

Vous devez faire une demande pour chaque enfant.

Nom : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance :

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 : 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 ses noms, prénoms, qualité et adresse :

.....

.....

Signature de l'allocataire ou de son représentant

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 CPS ou directement auprès de l'organisme cité ci-dessus (Article L.114-19 du Code de la Sécurité sociale).

Pour le service et le contrôle de l'allocation journalière de présence parentale, votre organisme débiteur de prestations familiales traite vos données à caractère personnel pour le compte de l'État. Ce traitement est nécessaire au respect des articles L214-8 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

Dans le cadre de l'exécution de sa mission d'intérêt public, la CPS pourra également utiliser vos données à des fins d'évaluation des politiques publiques, de lutte contre le non-recours au droit, de statistiques, recherches et études.

Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à l'atteinte de la finalité et dans le respect des obligations qui pèsent sur l'organisme.

Au titre du règlement général européen sur la protection des données (RGPD) et de la loi informatique et libertés modifiées vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, demander à ce qu'elles soient rectifiées ou effacées, en en faisant la demande à la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS).

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans le cadre de ce traitement, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des 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 pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Attestation à faire compléter par votre médecin

Vous pouvez également joindre une attestation identique établie par le médecin sur papier libre

Période prévisible des soins contraignants et de la présence parentale, à compter de pour mois.

Si le demandeur a déjà bénéficié de l'Ajpp pour le même enfant, indiquer :

S'il s'agit d'une nouvelle pathologie

S'il s'agit d'une rechute ou d'une récurrence ou si la gravité de la pathologie de l'enfant nécessite toujours une présence continue ou des soignants contraignants

S'il s'agit d'un renouvellement exceptionnel nécessitant un accord explicite du service du contrôle médical (voir précisions page 3)

Nom, prénom du médecin :

Fait à : Le :

Signature et cachet du médecin

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 détaillé (en pages 3 et 4) complétée par votre médecin.

Pour que votre dossier soit traité rapidement :

- Répondez à toutes les questions qui vous concernent
- N'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)

L'état civil de l'assuré(e)

Nom : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :
(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 ? Oui Non

Si oui, nom et adresse de l'organisme qui vous les verse :
.....

Code postal : Commune :
.....

Sous quel nom ? :
.....

Partie à compléter par le médecin

Première demande

Renouvellement

Renouvellement exceptionnel

L'état civil de l'enfant

Nom et prénom :

Né(e) le :

Son numéro de Sécurité sociale si différent de l'assuré :

Diagnostic de la maladie, de l'accident ou du handicap à l'origine de la demande

.....
.....

Date du diagnostic :

Critères de gravité et nature du traitement :
.....

(1) Lorsque le bénéficiaire a 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 caractère 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)

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 médecin

Nom du médecin :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Adresse :

Code postal : [][][][][][]

Numéro de téléphone (facultatif) : domicile [][][][][][][][][][][][]

Spécialité :

Date : [][][][][][][][][][][][]

Emplacement réservé