



Demande d'aide aux frais d'obsèques du conjoint

1. Conditions générales

Cette aide permet aux **familles allocataires de la Caf des Alpes-Maritimes** confrontées au **décès du conjoint** ou du parent en situation de mono parentalité de faire face aux frais d'obsèques aux conditions suivantes :

Les bénéficiaires potentiels sont :

- tous les allocataires qui assument la charge d'au moins un enfant et qui perçoivent une ou plusieurs prestation(s) familiale(s) ou sociale(s) ainsi que les parents non-allocataires assumant la charge d'enfant(s) âgé(s) de moins de 18 ans relevant du régime général et qui sont confrontés au décès de leur conjoint (marié, pacsé, vie maritale déjà connue auprès de la Caf des Alpes-Maritimes au moment du décès),
- en l'absence de conjoint survivant, toute personne qui va assumer la charge effective et permanente des enfants après régularisation du dossier auprès de la Caf des Alpes Maritimes,
- dans le cadre des familles monoparentales, l'aide pourra être octroyée à l'enfant majeur à charge au sens des prestations familiales du défunt au moment du décès, devenant allocataire et ayant à charge ses frères et sœurs mineurs.

Le **quotient familial du bénéficiaire doit être inférieur ou égal à 1 500€ le mois du décès** ou le mois du rattachement des enfants au dossier allocataire.

Le formulaire de demande doit être établie au plus tard dans un délai de 6 mois suivant le décès.

2. Montant de l'aide

Il s'agit d'une aide non remboursable dont le montant maximum est fixé annuellement par la commission des aides financières individuelles. Au titre de 2025, ce montant maximum est de 1 000 €.

En cas de souscription à un contrat d'assurance obsèques, le bénéficiaire de l'aide doit préciser dans le formulaire de demande le reste à charge, déduction faite du montant reçu au titre dudit contrat.

Cette aide est cumulable avec le capital décès.

3. Pièces à joindre au dossier :

Le formulaire, dûment complété et signé, doit être accompagné du certificat de décès, du devis ou de la facture (acquittée ou non acquittée) des frais d'obsèques établi(e) au nom du bénéficiaire de l'aide et indiquant le nom du défunt. L'ensemble des pièces est à retourner à l'adresse suivante :

Caisse d'Allocations familiales des Alpes-Maritimes
Pôle Aides financières Individuelles - 06175 NICE Cedex 2



0000000102210000000



Demande d'aide aux frais d'obsèques

A remplir par le demandeur :

Votre n° allocataire de la Caf des Alpes Maritimes : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre nom :

Votre prénom :

Votre numéro de sécurité sociale : : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre adresse complète :

.....

Code postal :

Ville :

Votre n° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nous autorisez- vous à vous contacter à ce numéro ? Oui Non

Votre adresse électronique :

Nous autorisez-vous à vous contacter à cette adresse ? Oui Non

Information sur le défunt :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Lieu de naissance :

Date du décès : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Votre lien de parenté avec le défunt au moment du décès :

conjoint concubin pacsé tiers recueillant les enfants mineurs du défunt



0000000102210000000

Contrat d'assurances obsèques :

Un contrat d'assurance obsèques pour la prise en charge des frais d'obsèques a-t-il été souscrit ?

Oui |__|

Si oui, merci de préciser le reste à charge pour les frais d'obsèques après déduction de l'aide reçue au titre du contrat souscrit.

Reste à charge €

Non |__|

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et autorise le traitement informatique des renseignements donnés dans le respect des dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Je prends connaissance du fait qu'elles pourront être vérifiées.

Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait.

Fait pour servir et valoir ce que droit

A (ville).....,

le |__|_| |__|_| |__|_|_|_|

Signature



00000001022100000000