

DEMANDE DE PRIME D'INSTALLATION POUR UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) NOUVELLEMENT AGREE(E)

Allocataire Caf : ☐ OUI N° allocataire :
☐ NON (*)

Nom : Nom d'épouse (s'il y a lieu)

Prénoms : Date de naissance : / /

N° de sécurité sociale :

Votre adresse
..... Téléphone

Exercez-vous votre profession à domicile ? ☐ OUI ☐ NON
Exercez-vous votre profession au sein d'une maison d'assistant(e)s maternel(les) (Mam) ? ☐ OUI ☐ NON

Agrément délivré le : ... / ... / par le Conseil départemental de :

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) M(me)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints.
Je certifie être agréé(e) pour la première fois.
Je m'engage à respecter les engagements figurant dans la charte d'engagements réciproques dont j'ai pris connaissance.
Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

A : le : ... / ... / Signature

Rappel des pièces à fournir

- imprimé de demande complété et signé
- photocopie de la notification du **premier agrément**
- photocopie de l'**attestation de formation (première partie)** sous forme de diplôme
- les photocopies des deux premiers bulletins de salaire (**complets et consécutifs**) **Pajemploi**
- la charte d'engagements réciproques ci-jointe dûment **signée et paraphée** (vos initiales) **sur chaque page**
- Pour les assistant(e)s maternel(le)s travaillant en Mam : copie du projet de fonctionnement de la Mam

(*) si vous n'êtes pas allocataire ou radié : photocopie de la pièce d'identité de l'assistant(e) maternel(le), photocopie de la pièce d'identité du conjoint, relevé d'identité bancaire, déclaration de situation (disponible sur le site www.caf.fr ou à demander auprès de votre Caf)

Toute demande incomplète sera retournée au demandeur

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.114-13 du code de la sécurité sociale – article 441-1 du code pénal).

La Caf vérifie l'exactitude des déclarations (art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale).

La loi n°78-17 du 06/01/1978 modifiée, dite loi « informatique et libertés » 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 rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Pour l'exercer, veuillez vous adresser par courrier postal, en justifiant de votre identité, au directeur de la caisse d'Allocations familiales du Puy-de-Dôme.

Ce formulaire, dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées, est à retourner à l'adresse suivante :

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DU PUY-DE-DOME
2 rue Auger – CS 25010
63032 CLERMONT-FERRAND CEDEX 09