

Demande d'affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse



Ce document est conçu pour vous aider à remplir le formulaire de demande, mais il ne peut pas être utilisé à la place du formulaire.

Téléchargez le formulaire [ici](#) (Ctrl + entrée sur le lien) et remplissez-le en vous aidant des conseils ci-dessous

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Nom d'épouse ou nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____ Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Si vous résidez à l'étranger, précisez la date d'entrée en France : _____

N° de sécurité sociale : _____

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :
Le n° : _____ Dans quel département ? _____

cadre A « identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : cette rubrique concerne les éléments d'état civil (nom et prénom de l'enfant), couverture sociale (numéro d'assuré social du parent dont dépend l'enfant) et éventuellement le numéro de dossier de la MDPH ayant traité la première ou précédente demande.

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

Si vous avez été domicilié auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

cadre A2 « adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : coordonnées de l'enfant demandeur.

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :		
Prénom :		
N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone :		
Fax :		
Adresse électronique :		

Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

cadre A3 : Pour toute demande concernant un enfant de la naissance à 16 ans, il convient d'indiquer les coordonnées de ses 2 parents même si ceux-ci sont séparés ou divorcés (à l'exception des parents déchus de leur autorité parentale suite à un jugement). Si l'un des parents est décédé, il convient de l'indiquer dans cette rubrique.

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CNAF MSA Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

cadre A5 « identification de l'organisme payeur de prestations familiales » : indiquer dans cette rubrique l'organisme de prestations familiales dont dépend, éventuellement, l'enfant ainsi que le nom de l'allocataire.

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : Célibataire Marié(e) En couple sans être marié(e)
 Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : _____ Nombre d'enfants à sa charge : _____

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____

cadre A6 « situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : renseigner la situation matrimoniale de l'adulte représentant l'enfant, ainsi que le nombre d'enfants à charge de la famille (incluant l'enfant pour qui est déposée la demande) Pour les personnes en couple, renseigner les coordonnées et la date de naissance du conjoint (surtout s'il ne s'agit pas du parent de l'enfant)

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation		
Adresse de votre employeur : N° et Rue : ou organisme de formation Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation		
<input type="radio"/> Non salarié(e) depuis le : y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
<input type="radio"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Retraité(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Autre depuis le : (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

cadre A7 « situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : indiquer la situation professionnelle de la personne ayant la charge de l'enfant ainsi que de son conjoint (CDD, CDI, Demandeur d'emploi indemnisé ou non, non salarié, RSA, AAH, pension d'invalidité, retraite...)

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire ou co-locataire Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
 Propriétaire ou accédant à la propriété Autres, précisez : _____

cadre A9 « logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge » : indiquer la situation par rapport au logement.

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.
Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour élaborer votre Plan personnalisé de compensation.
Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en matière de communication, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...
Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix de mode de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement
Langue française avec ou sans LPC (Langue Française Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

cadre B « Expression des attentes et besoins de la personne concernée » :
Bien que facultative, cette partie est importante car elle permet d'expliquer en quoi la situation de handicap de l'enfant a des répercussions sur sa vie scolaire et sociale. C'est également l'endroit où exprimer précisément ses besoins afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de répondre au mieux à ses attentes.

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Lieu d'habitation : _____

Date de naissance : _____ Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

cadre G « affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse »
Ce cadre permet de demander à ce qu'un parent qui a mis un terme à son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant atteint d'un handicap égal ou supérieur à 80%, puisse être affilié à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.

Pièces justificatives.

- formulaire de demande
- certificat médical de moins de 3 mois
- justificatif d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, carte de séjour en cours de validité)
- justificatif de domicile

- attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)
- attestation de l'employeur (contrat de travail, fiche de paie, déclaration URSSAFF)



Indiquer en haut de chaque page le nom et prénom du demandeur.

Dater et signer la demande en dernière page.

Si le demandeur est sous protection juridique, son représentant légal signe. Dans le cas contraire, il lui appartient de signer.