



Demande d'allocation d'éducation spéciale

11498*02

Merci de compléter également un formulaire de déclaration de situation.

Art. L 541.1 à L 541.3 du code de la Sécurité sociale.

Merci de rappeler votre identité

Votre nom : _____ Votre prénom : _____
 Votre date de naissance : □□ □□ □□□□ □□□□□□□□
 Numéro d'allocataire (si vous en possédez un) : _____ □□□□□□□□

Quel est l'enfant pour lequel vous demandez l'allocation ?

(Vous devez faire une demande pour chaque enfant handicapé)

Son nom : _____ Son prénom : _____
 Sa date de naissance : □□ □□ □□□□

Renseignements concernant l'enfant

- Votre enfant fréquente un établissement scolaire non-spécialisé (école primaire, collège, lycée, etc.).
 - Votre enfant bénéficie d'un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile.
 Depuis quelle date ? □□ □□ □□□□
 Précisez le nom et l'adresse de ce service : _____
 - Votre enfant est placé dans un établissement d'éducation spéciale : en internat en semi-internat en externat
 Depuis quelle date ? □□ □□ □□□□
 Précisez le nom et l'adresse de cet établissement : _____
 - Votre enfant bénéficie de soins rééducatifs dans un établissement hospitalier.
 Depuis quelle date ? □□ □□ □□□□
 Précisez le nom et l'adresse de cet établissement : _____
- Si votre enfant est dans l'une de ces quatre situations, les frais sont-ils pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, l'Aide sociale ou l'Etat ? oui non

Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints. Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.
 Fait à : _____ Le : □□ □□ □□□□
 Si le signataire est un représentant de l'allocataire, précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :
 Signature de l'allocataire ou de son représentant

La CAF vérifie l'exactitude des déclarations effectuées, notamment au moyen d'une enquête menée par un agent de contrôle assermenté. La CAF engagera des poursuites pénales à l'encontre de toute personne coupable de fraudes et fausses déclarations. La Loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du Code de la Sécurité Sociale - Article 441.1 du Code Pénal).
 La loi 78-17 du 06/01/1978 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 rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Pièces à joindre à votre demande

- Le certificat médical dans une enveloppe fermée
- Le questionnaire de demande de complément de la Commission départementale d'éducation spéciale (CDES)

Emplacement réservé à la Caf

Date théorique d'ouverture ou de renouvellement des droits □□ □□ □□□□
 Première demande Renouvellement Retour au foyer Suspension de la prise en charge

W 1110001S Demande du 08/03/2005
 DAES

S 7112e

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR L'ATTRIBUTION D'UN COMPLÉMENT À L'A. E. S.

Décret 2002-421 et 2002-422 du 29/03/2002
Arrêtés du 29/03/2002 et du 24/04/2002

Cette fiche, complémentaire du dossier de demande d'Allocation d'Education Spéciale, a pour but de nous **informer des répercussions** du handicap de votre enfant sur votre situation familiale. Pour améliorer notre information, vous pouvez la **compléter** par les documents et/ou commentaires que vous jugerez utiles. Par ailleurs, pour tout renseignement, vous êtes invités à **contacter l'équipe technique de la CDES**.

Nom et prénom de votre enfant	Sa date de naissance
Votre nom et adresse	Votre numéro d'allocataire
	Votre numéro de téléphone

① SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

Si votre réduction ou absence totale d'activité professionnelle est motivée par la prise en charge de votre enfant handicapé, elle peut vous donner droit à l'attribution d'un complément. Cette situation pourra faire l'objet d'un contrôle de l'organisme payeur des prestations familiales. **Joignez SVP les justificatifs.**

MADAME

Date de naissance
Profession

Vous travaillez à temps plein

Vous travaillez à temps partiel Précisez ci-dessous le pourcentage et, le cas échéant, les modalités particulières

Vous ne travaillez pas Cochez la case correspondant à votre situation

- Retraite à l'âge normal
- Retraite anticipée
- Congé parental jusqu'au :
- Indemnités journalières (maladie - maternité - paternité - accident du travail)
- AAH (taux d'incapacité entre 50 et 80 %)
- AAH (taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %)
- ASSEDIC ou autre revenu de substitution, précisez :
- Chômage non indemnisé
- Rente pour accident du Travail ou pension d'invalidité, précisez taux ou catégorie :
- Revenu Minimum d'Insertion
- Sans activité rémunérée : vous devez nous fournir une **déclaration sur l'honneur de renonciation au travail et de non perception d'un revenu de substitution**
- Autres cas - précisez en clair :

MONSIEUR

Date de naissance
Profession

Vous travaillez à temps plein

Vous ne travaillez pas Cochez la case correspondant à votre situation

- Retraite à l'âge normal
- Retraite anticipée
- Congé parental jusqu'au :
- Indemnités journalières (maladie - maternité - paternité - accident du travail)
- AAH (taux d'incapacité entre 50 et 80 %)
- AAH (taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %)
- ASSEDIC ou autre revenu de substitution, précisez :
- Chômage non indemnisé
- Rente pour accident du Travail ou pension d'invalidité, précisez taux ou catégorie :
- Revenu Minimum d'Insertion
- Sans activité rémunérée : vous devez nous fournir une **déclaration sur l'honneur de renonciation au travail et de non perception d'un revenu de substitution**
- Autres cas - précisez en clair :

② EMPLOI D'UNE TIERCE PERSONNE ET DURÉE DE SON ACTIVITÉ

Lorsque vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, associé ou substitué à une réduction de votre activité professionnelle et motivé par la situation de votre enfant, vous pouvez également avoir droit à l'un des compléments d'allocation.

Joignez SVP les justificatifs : contrat de travail, fiche de paye, déclaration URSSAF, ou autres.

Nombre d'heures **par semaine** 8 H 20 H Autre Nombre d'heures

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures **par an**

③ FRAIS SUPPLÉMENTAIRES LIÉS AU HANDICAP DE L'ENFANT

Surcoûts liés au transport, aides techniques - aménagement du domicile, véhicule - appareillages, frais médicaux ou para-médicaux divers non ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires - couches, alèses et autres.

IMPORTANT : les factures ou devis doivent être joints

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ semaine, mois année occasionnelle
	Financeurs sollicités	Montant obtenu	Montant à votre charge	
		Total	Total	

④ INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT

Temps de présence dans des structures d'accueil :

Indiquez le temps passé par semaine à l'extérieur du domicile familial

Accueil en établissement

Crèche	
Ecole	
Lycée	
Formation	
Etablissement spécialisé	
Hôpital de jour	
Autre	

Autre type d'accueil

Assistante maternelle	
Halte-garderie	
Centre de loisirs	
Centre de vacances	
Autre	
Autre	

Ces renseignements sont certifiés exacts le :

Il vous est rappelé qu'une fausse déclaration peut entraîner des poursuites.

Signature(s)

Si vous faites en même temps plusieurs demandes de prestation,
une seule déclaration de situation est nécessaire.

Livre V et VIII du code de la Sécurité sociale
Livre III du code de la construction et de l'habitation

► Allocataire (vous-même)

Personne qui demande les allocations familiales
et qui est responsable du dossier

Monsieur Madame

Votre nom de naissance : _____

Votre nom d'époux(se) : _____

Vos prénoms : _____

Votre date de naissance :

Votre lieu de naissance (pays si vous n'êtes pas de nationalité française) : _____

Votre nationalité :

Française Espace économique européen* Autre

Votre numéro de Sécurité sociale (si vous en avez un) :

Votre date d'entrée en France si vous résidiez à l'étranger :

Etes-vous inscrit à la Caf de votre département de résidence,
y compris au titre du Rmi ?

oui : votre n° d'allocataire :

non : êtes-vous ou avez-vous été inscrit à un autre organisme ?

oui, lequel ? _____

Votre n° d'allocataire

non

► Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)

Monsieur Madame

Son nom de naissance : _____

Son nom d'époux(se) : _____

Ses prénoms : _____

Sa date de naissance :

Son lieu de naissance (pays s'il (elle) n'est pas de nationalité française) : _____

Sa nationalité :

Française Espace économique européen* Autre

Son numéro de Sécurité sociale (s'il en a un) :

Sa date d'entrée en France s'il résidait à l'étranger :

Est-il (elle) inscrit(e) à la Caf de votre département de résidence,
y compris au titre du Rmi ?

oui : son n° d'allocataire :

non : est-il ou a-t-il été inscrit à un autre organisme ?

oui, lequel ? _____

Son n° d'allocataire

non

► Votre adresse complète

Adresse complète : _____

Code postal : Commune : _____

Numéro de téléphone (facultatif) : domicile autre (travail ou portable)

Adresse e-mail : _____ @ _____

Depuis quelle date résidez-vous à cette adresse ?

* Les pays de l'Espace économique européen

Allemagne – Autriche – Belgique – Danemark – Espagne – Finlande – Grande Bretagne – Grèce – Irlande – Islande – Italie – Liechtenstein –
Luxembourg – Norvège – Pays Bas – Portugal – Suède

S 7103h

Emplacement réservé à la Caf

W 1005002S Demande du 08/03/2005

DSIT



2 Déclaration de situation

► Précisez votre situation familiale

• Vous vivez en couple

- Vous êtes mariés depuis le
- Vous êtes pacsés depuis le
- Vous vivez en couple sans être mariés et sans être pacsés depuis le
- Vous avez repris la vie commune depuis le

• Vous vivez seul(e)

- Vous êtes séparé(e) de fait* depuis le
- Vous êtes séparé(e) légalement depuis le
- Vous êtes divorcé(e) depuis le
- Vous êtes veuf(ve) depuis le
- Vous avez rompu votre vie en concubinage depuis le
- Vous avez toujours vécu(e) seul(e) et vous êtes célibataire

* Une séparation de fait, c'est une séparation du couple sans intervention du juge.

► Enfants et autres personnes vivant à votre domicile

Nom et prénoms	Lien de parenté <i>Fille, fils, nièce, neveu, enfant recueilli, parent,...</i>	Date de naissance	Situation actuelle <i>Scolarité, apprentissage, activité professionnelle...</i>	Date d'arrivée au domicile
1 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
2 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
3 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
4 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
5 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
6 _____	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

► Si vous êtes âgé(e) de moins de 25 ans ou si votre conjoint, concubin(e) ou pacsé(e) est âgé(e) de moins de 25 ans

⚠ Si vous demandez des allocations, vos parents ne pourront plus bénéficier des allocations qu'ils touchent pour vous.

	Allocataire	Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)
Les parents perçoivent-ils pour vous des prestations (Af, Apl, Rmi, etc.) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui , nom du parent allocataire :	_____	_____
Son prénom :	_____	_____
Son adresse :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Son organisme d'allocations familiales :	_____	_____
Son numéro d'allocataire :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Déclaration de situation

► Situation professionnelle

	Allocataire	Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)
■ Salarié(e) (<i>y compris contrat emploi consolidé CEC</i>)	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ Apprenti(e)	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ Stagiaire de la formation professionnelle	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>
■ CES (<i>contrat emploi solidarité</i>)	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/> fin le : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/> fin le : <input type="text"/>

Pour toutes ces situations, précisez :

Le nom de l'employeur ou de l'organisme de formation .. _____

Son adresse : _____

Votre employeur cotise :

<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa (<i>régime agricole</i>)	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa (<i>régime agricole</i>)
<input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? _____		<input type="checkbox"/> autre régime, lequel ? _____	

■ Travailleur indépendant ou employeur	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>		
<i>Vous cotisez :</i>	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa (<i>régime agricole</i>)	<input type="checkbox"/> à l'Urssaf	<input type="checkbox"/> à la Msa (<i>régime agricole</i>)
■ Conjoint collaborateur	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>		
■ Chômeur (indemnisé ou non)	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>		
■ Etudiant	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>		
■ Retraité(e), pensionné(e)	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>		
<i>Percevez-vous une pension du régime agricole ?</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
■ Maladie	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>		
■ Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> depuis toujours	<input type="checkbox"/> depuis toujours		
■ Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>		
■ Autre cas (<i>congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention, longue maladie, etc.</i>)	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/>		

Précisez :

Nom et adresse de l'établissement en cas de détention

ou d'hospitalisation:

► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints. Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

Fait à : _____ Le :

Si le signataire est un représentant de l'allocataire, précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :

Signature de l'allocataire ou de son représentant

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1, L.835.5 du code de la Sécurité sociale - Article L.351.13 du code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du code pénal). La Caf vérifie l'exactitude des déclarations.

La loi 78-17 du 06/01/1978 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 rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.



4 Déclaration de situation

Informations pratiques

Pour que votre dossier soit traité rapidement :

- répondez à toutes les questions qui vous concernent
- joignez toutes les pièces justificatives demandées
- datez et signez votre déclaration de situation

► Pièces à joindre à votre déclaration, si c'est votre première demande

Quelle que soit votre situation

- un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne
- une déclaration de ressources.

Si vous êtes de nationalité française ou ressortissant de l'espace économique européen (EEE)*

- La photocopie lisible d'un des documents suivants, *pour vous-même, votre conjoint, concubin ou pacsé, chaque enfant ou autre personne vivant à votre foyer* : carte nationale d'identité, ou livret de famille, ou passeport, ou extrait d'acte de naissance, ou carte d'ancien combattant ou d'invalidité, ou titre de séjour.

Si vous êtes ressortissant d'un état hors EEE*

- La photocopie lisible des documents suivants :
 - *Pour vous-même* : titre de séjour en cours de validité.
 - *Pour votre conjoint, concubin ou pacsé, chaque enfant de 18 ans et plus, chaque autre personne vivant à votre foyer* : livret de famille, ou titre de séjour, ou extrait d'acte de naissance ou passeport.

Si vous êtes réfugié ou apatride

- La photocopie lisible du :
 - certificat de réfugié délivré par l'Ofpra.

Si vos enfants sont de nationalité étrangère et sont nés à l'étranger

- *Si vous êtes français*, la photocopie lisible du :
 - titre de séjour pour vos enfants de plus de 18 ans
 - visa de long séjour pour vos enfants de moins de 18 ans*Si vous êtes de nationalité étrangère*, la photocopie lisible du :
 - titre de séjour pour vos enfants de plus de 18 ans
 - certificat de l'Omi délivré dans le cadre du regroupement familial pour vos enfants de moins de 18 ans.

Si vos enfants de plus de 16 ans sont en apprentissage, en stage ou salariés

- La photocopie lisible du :
 - contrat d'apprentissage, attestation de stage, premier et dernier bulletins de salaire ou avis de paiement Assedic, selon le cas.

Si vous êtes au chômage ou en pré-retraite

- La photocopie lisible de :
 - la notification d'attribution ou de refus d'allocations d'Assedic ou du secteur public.

Si vous percevez une pension du régime agricole

- La photocopie lisible des :
 - notifications d'attribution de chacune de vos pensions.

Si vous êtes enceinte

- la déclaration de grossesse établie par votre médecin, si vous ne l'avez pas déjà envoyée à votre Caf.

* Les pays de l'Espace économique européen

Allemagne – Autriche – Belgique – Danemark – Espagne – Finlande – Grande Bretagne – Grèce – Irlande – Islande – Italie – Liechtenstein – Luxembourg – Norvège – Pays Bas – Portugal – Suède