



# 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 :



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<br><i>Fille, fils, nièce, neveu,<br/>enfant recueilli, parent,...</i> | Date de naissance    | Situation actuelle<br><i>Scolarité, apprentissage,<br/>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)<br>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 <b>oui</b> , 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,<br>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"/> | <input type="checkbox"/> depuis le <input type="text"/> |
|  | fin 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 :  à l'Urssaf  à la Msa (*régime agricole*)  à l'Urssaf  à la Msa (*régime agricole*)  
 autre régime, lequel ?   autre régime, lequel ?

■ Travailleur indépendant ou employeur .....

*Vous cotisez :*  à l'Urssaf  à la Msa (*régime agricole*)  à l'Urssaf  à la Msa (*régime agricole*)

■ Conjoint collaborateur .....

depuis le   depuis le

■ Chômeur (indemnisé ou non) .....

depuis le   depuis le

■ Etudiant .....

depuis le   depuis le

■ Retraité(e), pensionné(e) .....

depuis le   depuis le

*Percevez-vous une pension du régime agricole ?*  oui  non  oui  non

■ Maladie .....

depuis le   depuis le

■ Sans activité professionnelle .....

depuis toujours  depuis toujours

■ Sans activité professionnelle .....

depuis le   depuis le

■ Autre cas (*congé maternité, congé parental, hospitalisation, détention, longue maladie, etc.*) .....

depuis le   depuis le

*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