santé
famille
retraite
services

Demande d'allocation journalière de présence parentale

cerfa
N° 12723*01

Merci de compléter également un formulaire de déclaration de situation

Art L. 544-1 à L. 544-9 du Code de la sécurité sociale

Ce qu'il faut savoir :

- Vous avez un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé et vous souhaitez arrêter de travailler ponctuellement pour vous en occuper. Vous pouvez demander l'allocation journalière de présence parentale (Ajpp).
- Vous devez être salarié(e), non salarié(e), stagiaire de la formation professionnelle rémunérée ou chômeur indemnisé.

Si vous êtes salarié(e), vos périodes d'absence doivent s'inscrire dans le cadre d'un congé de présence parentale demandé à votre employeur.

Vous ne pouvez pas cumuler l'allocation journalière de présence parentale et vos indemnités de chômage.
Si vous êtes dans cette situation, votre MSA demandera à l'organisme qui vous verse les indemnités de chômage d'en interrompre le versement et vous percevrez un forfait de 22 allocations journalières par mois.

Si vous vivez en couple, vous pouvez en bénéficier tous les deux dans la limite de 22 allocations journalières par mois et par enfant malade. Dans ce cas, vous devez chacun remplir une demande.

- Si vous bénéficiez d'une pension invalidité, d'un avantage de vieillesse ou si vous êtes au chômage non indemnisé, vous ne pouvez pas recevoir cette allocation. Il est donc inutile de faire une demande.
- Vous pouvez percevoir, sous certaines conditions, un complément pour les frais occasionnés par l'état de santé de votre enfant.

Merci de rappeler votre identité

Votre nom : ..... Vos prénoms : .....

Votre date de naissance : __ __ __ __ __ __ __ __

Votre numéro de Sécurité sociale ou de MSA : _____ __

Indiquez qui, dans votre couple *(allocataire, conjoint, concubin ou pacsé)*, demande à bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale

Son nom : ..... Ses prénoms : .....

Sa date de naissance : __ __ __ __ __ __ __ __

Renseignements concernant le demandeur

☐ Vous êtes salarié(e).

Vos périodes d'absence s'inscrivent dans le cadre d'un congé de présence parentale qui a commencé le __ __ __ __ __ __ __ __

Nom, prénom ou raison sociale de votre employeur : .....

Son adresse : .....

Code postal : _____ Commune : .....

Son numéro de téléphone : _____

☐ Vous êtes travailleur indépendant ou employeur, stagiaire de la formation professionnelle rémunérée.

Précisez la date du 1er jour d'arrêt de votre activité pour vous occuper de votre enfant : __ __ __ __ __ __ __ __

☐ Vous bénéficiez d'indemnités de chômage

Nom de l'organisme qui vous verse les indemnités : .....

Son adresse : .....

Code postal : _____ Commune : .....

Votre numéro Assedic : .....

☐ Autre situation, précisez laquelle : .....

.....

PAO/CCMSA - Réf. : 10634-B

2 - Demande d'allocation journalière de présence parentale

Renseignements concernant l'enfant pour lequel vous demandez l'allocation

Vous devez faire une demande pour chaque enfant.

Son nom : ..... Son prénom : .....

Sa date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Personne qui prend en charge l'enfant pour l'assurance maladie :

Son nom : ..... Son prénom : .....

Son numéro de Sécurité sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Organisme qui rembourse les frais de maladie de l'enfant :

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Commune : .....

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 MSA vérifie l'exactitude des déclarations effectuées, notamment au moyen d'une enquête menée par un agent de contrôle agréé et assermenté. La MSA engagera des poursuites pénales à l'encontre de toute personne coupable de fraudes ou de fausses déclarations. 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 loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée 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.

Attestation à faire compléter par votre médecin

Vous pouvez également joindre une attestation identique établie par le médecin sur papier libre.

Période prévisible des soins contraignants et de la présence parentale, à compter de : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
pour ☐☐ mois.

Nom, prénom ou cachet du médecin :

Fait à : ..... Le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature et cachet du médecin

Pièce à joindre à votre demande

Vous devez obligatoirement joindre à votre demande, **sous enveloppe fermée**, le certificat médical détaillé (en pages 3 et 4) complété par votre médecin.

Parce que votre situation est unique et pour que votre dossier soit traité rapidement :

- répondez à toutes les questions qui vous concernent
- datez et signez cette déclaration

Certificat médical

nécessaire pour obtenir l'allocation journalière de présence parentale

Certificat (2 pages) à remettre à votre MSA ***sous enveloppe fermée***

Partie à compléter par l'assuré(e)

L'état civil de l'assuré(e)

Nom et prénom : .....

Pour les femmes, indiquer le nom de naissance, suivi s'il y a lieu du nom d'épouse

Numéro de Sécurité sociale ou de MSA : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Nom de l'organisme versant les prestations maladie pour l'enfant .....

.....

Recevez-vous des prestations familiales ? ☐ oui ☐ non

Si oui, nom et adresse de l'organisme qui vous les verse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Sous quel nom : .....

Numéro de Sécurité sociale ou de MSA : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Première demande ☐ Renouvellement ☐

Partie à compléter par le médecin

L'état civil de l'enfant

Nom et prénom : .....

Né(e) le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Numéro de Sécurité sociale ou de MSA *(si différent de l'assuré)* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Diagnostic de la maladie, de l'accident ou du handicap à l'origine de la demande

.....

.....

.....

.....

Date du diagnostic : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Critères de gravité et nature du traitement : .....

.....

.....

.....

Certificat médical

Nature des soins, contraintes, tolérance

	Nature de la prestation contraignante	Fréquence, durée et lieu des soins	Participation nécessaire d'un des parents
Traitement médical			
Traitement chirurgical			
Rééducation fonctionnelle			
Adaptation d'un appareillage			
Autre			

Durée prévisible des soins contraignants et de la présence indispensable d'un parent : .....

Coordonnées du médecin

Nom du médecin : .....

Nom de l'établissement (le cas échéant) : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Numéro de téléphone (facultatif) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Spécialité : .....

Le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature et cachet