

CMCAS / TERRITOIRE : .....

SLVIE : .....

**IMPRIMÉ DE DEMANDE D'AIDE  
FAMILIALE PETITE ENFANCE**  
à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019

**1/ DEMANDEUR**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N.I.A. : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....

Vous êtes CÉLIBATAIRE  Vous êtes MARIÉ.E  Vous êtes DIVORCÉ.E  Vous êtes SÉPARÉ.E

Vous êtes VEUF.VE  Vous êtes ACTIF.VE  Vous êtes INACTIF.VE  Vous êtes HANDICAPÉ.E

Vous êtes partenaire d'un PACS

**2/ AYANT DROIT**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de :

l'aide annuelle familiale petite enfance (montant calculé selon le coefficient social de mon dernier avis d'imposition)

### 3/ DOCUMENTS À FOURNIR

- Dernier avis d'imposition
- IBAN ou BIC de l'ouvrant droit
- Factures de garde d'enfant
- Justificatif de la MDPH pour les enfants en situation de handicap au-delà de 3 ans

### 4/ CADRE RÉSERVÉ À LA CMCAS

COEFFICIENT SOCIAL : .....

TAUX DE PARTICIPATION (de 38% à 100%) : .....

À COMPTER DU : .....

JUSQU'AU : .....

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS.

Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.