santé
famille
retraite
services

RENOUVELLEMENT DU DROIT A L'AJPP POUR LES SALARIES

Pour nous contacter :

Numéro de sécurité sociale ou MSA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Vous bénéficiez de l'AJPP dans le cadre d'un congé de présence parentale pour :

Identification de l'enfant

NOM _____

Prénoms _____

Date de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Pour nous permettre de réexaminer votre droit à l'allocation journalière de présence parentale et/ou au complément pour frais, à compter du :

|__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Merci de nous retourner ce document complété et signé, auquel vous devez joindre, sous pli cacheté, un nouveau certificat médical, établi par votre médecin.

Votre Caisse de MSA

Attestation à compléter par vous-même

Votre congé de présence parentale est renouvelé ?

oui ☐ non ☐

Si oui, jusqu'à quelle date : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

A_____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature :

Attestation à compléter par votre médecin [1]

[1] Vous pouvez également joindre une attestation identique établie par votre médecin sur papier libre.

Période prévisible des soins contraignants et de la présence parentale, à compter

de |__|__| |__|__|__|__| pour _____ mois.

Nom, prénom du médecin : _____

_____

Fait à_____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature :

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 MSA vérifie l'exactitude des déclarations.
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.

santé
famille
retraite
services

RENOUVELLEMENT DU DROIT A L'AJPP POUR LES PERSONNES AUTRES QUE LES SALARIES

Pour nous contacter :

Numéro de sécurité sociale ou MSA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
Vous bénéficiez de l'AJPP pour :

Identification de l'enfant

NOM : _____

Prénoms : _____

Date de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Pour nous permettre de réexaminer votre droit à l'allocation journalière de présence parentale et/ou au complément pour frais, à compter du :

|__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Merci de nous retourner ce document complété et signé, auquel vous devez joindre le certificat médical sous pli cacheté établi par votre médecin.

Votre Caisse de MSA

Attestation à compléter par vous-même

Votre situation professionnelle a-t-elle changé ? oui ☐ non ☐

Si oui, depuis quelle date : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Veuillez préciser : _____

A _____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature :

Attestation à compléter par votre médecin [1]

Période prévisible des soins contraignants et de la présence parentale, à compter de |__|__| |__|__|__|__| pour _____ mois.

Nom, prénom du médecin : _____

Fait à _____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature et cachet du médecin :

[1] Vous pouvez également joindre une attestation identique établie par votre médecin sur papier libre.

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 MSA vérifie l'exactitude des déclarations.
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.

santé
famille
retraite
services

ATTESTATION MENSUELLE POUR LES SALARIES, LES NON SALARIES, LES VRP ET LES EMPLOYES DE MAISON

Pour nous contacter :

Numéro de sécurité sociale ou MSA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Nom et prénom de la personne bénéficiaire de la prestation : _____

Pour nous permettre de calculer votre droit à l'allocation journalière de présence parentale et/ou au complément pour frais, vous devez nous retourner ce document complété et signé.

Votre Caisse de MSA

Attestation à compléter par vous-même

PARTIE A REMPLIR QU'ELLE QUE SOIT VOTRE SITUATION

Pour le mois de |__|__| |__|__|__|__|

Le montant des frais engagés pour l'enfant _____

_____ s'élève à _____ €

Le nombre de jours de congés pris est de : _____

Signature :

Attestation à compléter par l'employeur

PARTIE A REMPLIR UNIQUEMENT SI VOUS ETES SALARIE

L'entreprise _____

atteste que pour le mois de |__|__| |__|__|__|__| la personne désignée ci-dessus a bénéficié de _____ jours de présence parentale.

Fait à : _____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature et cachet de l'entreprise :

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 MSA vérifie l'exactitude des déclarations.
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.

santé
famille
retraite
services

ATTESTATION MENSUELLE POUR LES PERSONNES AU CHÔMAGE

Pour nous contacter : - -

- -

Numéro de sécurité sociale ou MSA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Pour nous permettre de calculer votre droit à l'AJPP et/ou au complément pour frais, vous devez nous retourner ce document complété et signé

Votre Caisse de MSA

Attestation à compléter par vous-même

Pour le mois de |__|__| |__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur que l'état de santé de l'enfant _____ ne m'a pas permis de rechercher un emploi : oui ☐ non ☐

Le montant des frais engagés par l'état de santé de l'enfant_____

s'élève à _____ €

A_____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature :

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 MSA vérifie l'exactitude des déclarations.
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.

santé
famille
retraite
services

ATTESTATION MENSUELLE POUR LES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE REMUNEREE

Pour nous contacter :

-

-

-

-

Numéro de sécurité sociale ou MSA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Pour nous permettre de calculer votre droit à l'AJPP et/ou au complément pour frais, vous devez nous retourner ce document complété et signé.

Votre Caisse de MSA

Attestation à compléter par vous-même

Pour le mois de |__|__| |__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur que l'état de santé de l'enfant _____ _____ ne m'a pas permis de suivre ma formation professionnelle : oui ☐ non ☐

Le montant des frais engagés pour l'état de santé de l'enfant _____ _____ s'élève à _____ €

Attestation à compléter par le formateur

Le formateur _____ atteste que pour le mois de |__|__| |__|__|__|__|, la formation de la personne désignée ci-dessus a été interrompue.

A _____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature et cachet

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 MSA vérifie l'exactitude des déclarations.
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.