

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AIDANTS FAMILIAUX

Formulaire à renvoyer aux coordonnées suivantes :
ccn66-demande@branche-hds.fr

Identification du salarié

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacs / concubinage Séparé(e) Veuf (ve)

ADRESSE ACTUELLE

Adresse:

Code Postal: Commune:

Téléphone: Adresse électronique:

NOM DE L'ENTREPRISE :

Identification de la personne aidée

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Adresse:

Code Postal: Commune:

Lien de parenté :

Pièces justificatives obligatoires

- Pièce d'identité
- Dernier bulletin de salaire ou attestation mentionnant la portabilité des droits
- Dernier(s) avis d'imposition complet(s)
- Relevé d'identité bancaire

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AIDANTS FAMILIAUX

Document d'état civil justifiant le lien de parenté : livret de famille ou acte de naissance ou acte de mariage ou convention de PACS

ET l'une des pièces suivantes

- Justificatif du congé proche aidant
- Notification de droit ou de versement de la prestation de compensation du handicap (PCH)
- Notification de droit ou de versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- Notification de droit ou de versement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)
- Notification de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP)
- Attestation d'octroi de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé de moins de 20 ans (AEEH)

Je soussigné(e) Madame/Mademoiselle/Monsieur,
demeurant au, atteste sur l'honneur
l'exactitude des informations renseignées. J'ai connaissance des sanctions pénales encourues par
l'auteur d'une fausse attestation.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Date :

Signature

A renseigner par l'Assureur

Validation de la prise en charge

Refus de la prise en charge

Référence :

Signature :