



santé
famille
retraite
services

Demande de renseignements complémentaires pour étudier vos droits à l'Assurance vieillesse du parent au foyer

PERIODE A ETUDIER : du au inclus

Ce qu'il faut savoir :

Pour nous permettre d'étudier vos droits à l'Assurance vieillesse du parent au foyer (Avpf), veuillez nous adresser le formulaire ci-dessous, complété et signé, pour la période demandée.

Avant de le remplir, merci de lire attentivement la notice d'information (page 5) pour vérifier que vous remplissez déjà certaines conditions.

► Identité du demandeur pour la période demandée

Numéro d'allocataire :

Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) :

Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) :

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance :

N° sécurité sociale pour la MSA :

Nationalité : Française UE, EEE* ou Suisse autre

* Cf liste des pays en page 5

Date d'entrée en France si résidence à l'étranger :

► Précisez pour la période demandée, l'organisme qui vous versait les prestations

Période concernée (mois/année)

Du au

Organisme

Caf Msa Autre. Si Autre préciser :

Période concernée (mois/année)

Du au

Organisme

Caf Msa Autre. Si Autre préciser :

Période concernée (mois/année)

Du au

Organisme

Caf Msa Autre. Si Autre préciser :

► Précisez pour la période demandée, votre situation familiale

Période concernée (mois/année)

Du au

Vous étiez marié(e) Vous viviez en couple sans être marié(e) Vous viviez seul(e)

Période concernée (mois/année)

Du au

Vous étiez marié(e) Vous viviez en couple sans être marié(e) Vous viviez seul(e)

Période concernée (mois/année)

Du au

Vous étiez marié(e) Vous viviez en couple sans être marié(e) Vous viviez seul(e)

S xxxx x

Emplacement réservé

2 Demande de renseignements complémentaires pour étudier vos droits à l'Assurance vieillesse du parent au foyer

► Précisez pour la période demandée, votre ou vos situation(s) professionnelle(s)

Période concernée (mois/année)

Du au

Vous étiez : salarié(e) travailleur indépendant non salarié agricole sans activité

Lieu de l'activité : en France A l'étranger. Précisez le pays : _____

Votre conjoint(e) était : salarié(e) travailleur indépendant sans activité non salarié agricole

Période concernée (mois/année)

Du au

Vous étiez : salarié(e) travailleur indépendant non salarié agricole sans activité

Lieu de l'activité : en France A l'étranger. Précisez le pays : _____

Votre conjoint(e) était : salarié(e) travailleur indépendant sans activité non salarié agricole

Période concernée (mois/année)

Du au

Vous étiez : salarié(e) travailleur indépendant non salarié agricole sans activité

Lieu de l'activité : en France A l'étranger. Précisez le pays : _____

Votre conjoint(e) était : salarié(e) travailleur indépendant sans activité non salarié agricole

► Identité de votre conjoint ou concubin pour la période demandée

Du au

Monsieur Madame

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

Nom de famille (de naissance) : _____

Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) : _____

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Date de naissance :

Nationalité : Française UE, EEE* ou Suisse autre

* Cf liste des pays en page 5

Date d'entrée en France si résidence à l'étranger :

Du au

Monsieur Madame

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

Nom de famille (de naissance) : _____

Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) : _____

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Date de naissance :

Nationalité : Française UE, EEE* ou Suisse autre

* Cf liste des pays en page 5

Date d'entrée en France si résidence à l'étranger :

Du au

Monsieur Madame

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

Nom de famille (de naissance) : _____

Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) : _____

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Date de naissance :

Nationalité : Française UE, EEE* ou Suisse autre

* Cf liste des pays en page 5

Date d'entrée en France si résidence à l'étranger :

Emplacement réservé

3 Demande de renseignements complémentaires pour étudier vos droits à l'Assurance vieillesse du parent au foyer

► Précisez votre ou vos adresse(s) successive(s) pour la période demandée

Du <input type="text"/> au <input type="text"/>
Votre adresse complète : _____
Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune : _____ Pays : _____
Du <input type="text"/>
Votre adresse complète : _____
Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune : _____ Pays : _____
Du <input type="text"/>
Votre adresse complète : _____
Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune : _____ Pays : _____

► Précisez les informations concernant l'enfant ou les enfants dont vous avez assumé la charge pour la période demandée

	1er enfant	2ème enfant	3ème enfant	4ème enfant
Nom :	_____	_____	_____	_____
Prénom :	_____	_____	_____	_____
Date de naissance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Avez-vous reçu des prestations familiales pour lui ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Enfant à charge				
Lien de parenté	_____	_____	_____	_____
Date d'arrivée au foyer <i>(si différente de date de naissance)</i>	_____	_____	_____	_____
Date d'arrivée en France <i>(si arrivée de l'étranger)</i>	_____	_____	_____	_____
Si changement de situation :				
Fin de scolarité	_____	_____	_____	_____
Fin d'apprentissage	_____	_____	_____	_____
Si salarié ou apprenti, montant du salaire mensuel <i>(euros ou francs cochez la case)</i>	<input type="checkbox"/> _____ € <input type="checkbox"/> _____ F			
Autre, précisez	_____	_____	_____	_____
Date départ du foyer	_____	_____	_____	_____
Si votre enfant est handicapé : <i>(taux d'incapacité d'au moins 80 %) il a été à votre charge et à votre foyer sur la période concernée</i>	du _____ au _____	du _____ au _____	du _____ au _____	du _____ au _____
Votre enfant a-t-il été placé en internat	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du _____ au _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du _____ au _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du _____ au _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du _____ au _____

Emplacement réservé

4 Demande de renseignements complémentaires pour étudier vos droits à l'Assurance vieillesse du parent au foyer

	5ème enfant	6ème enfant	7ème enfant	8ème enfant
Nom :	_____	_____	_____	_____
Prénom :	_____	_____	_____	_____
Date de naissance :	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Avez-vous reçu des prestations familiales pour lui ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Enfant à charge				
Lien de parenté	_____	_____	_____	_____
Date d'arrivée au foyer <i>(si différente de date de naissance)</i>	_____	_____	_____	_____
Date d'arrivée en France <i>(si arrivée de l'étranger)</i>	_____	_____	_____	_____
Si changement de situation :				
Fin de scolarité	_____	_____	_____	_____
Fin d'apprentissage	_____	_____	_____	_____
Si salarié ou apprenti, montant du salaire mensuel <i>(euros ou francs cochez la case)</i>	<input type="checkbox"/> _____ € <input type="checkbox"/> _____ F			
Autre, précisez	_____	_____	_____	_____
Date départ du foyer	_____	_____	_____	_____
Si votre enfant est handicapé : <i>(taux d'incapacité d'au moins 80 %) il a été à votre charge et à votre foyer sur la période concernée</i>	du _____ au _____	du _____ au _____	du _____ au _____	du _____ au _____
Votre enfant a-t-il été placé en internat	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du _____ au _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du _____ au _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du _____ au _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du _____ au _____

► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts. Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait. Je prends connaissance que cette déclaration peut faire l'objet d'un contrôle des organismes chargés du service des prestations, auprès de Pôle emploi, du service des impôts et de l'Agence des services et des paiements (Asp) ; qu'à la demande de la Caf/MSA je devrai justifier de ma situation notamment mon activité (bulletin(s) de salaire...) et de celle de tout enfant ou autre personne vivant au foyer.

A _____ Le ____/____/____

Si le signataire est un représentant de l'allocataire,
précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :

Signature du demandeur

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Articles L. 114-9 et L. 114-17 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal). L'exactitude de vos déclarations peut être vérifiée, notamment par un agent de contrôle assermenté de la Caf/MSA ou directement auprès des organismes ou services cités ci-dessus (Article L. 114-19 du code de la Sécurité sociale). Vos données personnelles sont traitées par la branche Famille du régime général ou votre MSA dans le cadre de la gestion de vos prestations. Certaines de ces informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions.

Au titre de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre Caf ou de votre MSA, par courrier postal accompagné d'une preuve d'identité signée.

Emplacement réservé

5 Demande de renseignements complémentaires pour étudier vos droits à l'Assurance vieillesse du parent au foyer

Notice pour vous aider à vérifier si vous remplissez déjà certaines conditions

A compter du ...	Qui peut bénéficier de l'Avpf ?
01.07.1972	La femme au foyer ayant à sa charge : - un enfant de moins de 3 ans ou au moins 4 enfants - et recevant la majoration de l'Allocation de salaire unique ou la majoration de l'Allocation de mère au foyer
01.01.1978	La femme au foyer ayant à sa charge : - un enfant de moins de 3 ans ou au moins 4 enfants - et recevant le Complément familial (Cf)
01.01.1980	La femme au foyer ayant à sa charge : - un enfant de moins de 3 ans ou au moins 3 enfants - et recevant le Complément familial
01.01.1985	La femme ou l'homme au foyer ayant à sa charge : - un enfant de moins de 3 ans ou au moins 3 enfants - et recevant l'une des prestations suivantes : le Complément familial (Cf), l'Allocation jeune enfant (Aje), l'Allocation parentale d'éducation (Ape)
01.04.1987	Les bénéficiaires de l'Allocation pour jeune enfant (Apje) ayant au moins deux enfants dont l'un de moins de 3 ans à charge
01.07.1994	Les bénéficiaires de l'Allocation parentale d'éducation (Ape) à taux plein ayant un enfant de moins de 3 ans à charge
01.01.1995	Extension des bénéficiaires de l'Allocation parentale d'éducation (Ape) aux hommes
01.01.2001	Les bénéficiaires de l'Allocation de présence parentale (App) quel que soit le taux et ayant un enfant de moins de 20 ans à charge
01.01.2004	Les bénéficiaires de l'Allocation de base (Ab) ou du Complément libre choix d'activité (Clca) de la Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)
01.05.2006	Les bénéficiaires de l'Allocation journalière de présence parentale (Ajpp)
01.07.2006	Les bénéficiaires du Complément optionnel de libre choix d'activité (Colca)
21.04.2007 (pour la Métropole) ou 01.01.2015 (pour les Dom)	Les bénéficiaires du Congé de soutien familial (Csf)
01.01.2015	Les bénéficiaires de la Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE)
Depuis le 01.10.1975 pour les femmes et le 01.07.1979 pour les hommes, les personnes ayant assumé au foyer la charge d'un enfant ou d'un adulte handicapé ayant un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80 % peuvent bénéficier de l'Avpf.	

* Les pays de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE)

Allemagne – Autriche – Belgique – Bulgarie – Chypre – Croatie – Danemark – Espagne – Estonie – Finlande – France – Grèce – Hongrie – Irlande – Islande – Italie – Lettonie – Liechtenstein – Lituanie – Luxembourg – Malte – Norvège – Pays Bas – Pologne – Portugal – République Tchèque – Roumanie – Royaume-Uni – Slovaquie – Slovénie – Suède.