



DEMANDE DE PRESTATIONS FAMILIALES

AF , AP

(1)

DPF20101025

Les zones en * sont réservées à la CNSS

Les dates sont en format JJ MM AAAA

N° Assurance

N° Employeur actuel *

N° Allocataire *

Préfecture

Code *

Code agence *

I- IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)

Nom naissance

Prénoms

Nom époux (2)

Date de naissance

Sexe :

F

M

Lieu de naissance

Quartier

Code *

BP

Ville

Code *

Rue

N°Bâtiment

Tél

Fax

E-mail

Profession

Code *

II- IDENTIFICATION DU (DE LA) CONJOINT(E)

N° Conjoint *

Nom naissance

Prénoms

Date de naissance

Sexe :

F

M

Lieu de naissance

Nationalité

Code *

BP

Ville

Code *

Rue

N°Bâtiment

Tél

Fax

E-mail

Profession

Code *

Le(la) conjoint(e) exerce-t-il(elle) une activité salariée ?

Oui

Non

Si oui,

N° Assurance

N° Employeur

(1) AF = Allocations Familiales, AP = Allocations Prénatales

(2) A remplir uniquement pour les femmes ;

NB : Remplir un formulaire par épouse en cas de polygamie

Cet imprimé est à votre disposition dans toutes nos structures. Veuillez ne pas utiliser sa photocopie. Il doit être rempli en caractères majuscules et sans ratures.

III- SITUATION MATRIMONIALE DE L'ASSURÉ(E)

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf/veuve Si marié(e), divorcé(e), veuf/veuve,
 N° certificat de mariage Date du mariage
 Lieu du mariage
 Régime matrimonial : Monogamie Polygamie Si vous êtes polygame, indiquer le rang de l'épouse
 et établir autant de Demandes de Prestations Familiales que vous avez d'épouses.

IV- RENSEIGNEMENTS UNIQUEMENT POUR AP (1)

La date présumée de l'accouchement
 La date de la 1^{ère} visite Code *
 La date de la 2^{ème} visite Code *
 La date de la 3^{ème} visite Code *
 La date d'accouchement Rang enfant

V- IDENTIFICATION DES ENFANTS À CHARGE

Je soussigné(e)

déclare avoir à ma charge des enfants ci-après dont l'état civil est mentionné dans ce dossier.

N° Enfant*	Nom et prénoms	Date naiss.	Etat*	RangAttribut(3)	N° Contributaire*
1					
2					
3					
4					
5					
6					

VI- IDENTIFICATION DES ATTRIBUTAIRES (3)

Rang	Nom et prénoms	Adresse actuelle complète
1		
2		
3		

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande, ainsi que les pièces jointes sont exacts et sincères.

Je m'engage à prévenir immédiatement la CNSS de tout fait qui viendrait à modifier la présente déclaration.

Fait à le

Signature du demandeur

(3) Rang 1 pour l'assuré(e), Rang 2 pour le(la) conjoint(e) et Rang 3 pour autre attributaire

NB : La liste des pièces à fournir par type de prestations est en annexe



LISTE DES PRESTATIONS FAMILIALES ET LES PIÈCES JUSTIFICATIVES REQUISES

- Allocations Familiales (AF)

- 1- La demande de prestations familiales dûment remplie et signée
- 2- L'attestation de présence
- 3- L'acte de mariage (facultatif)
- 4- La déclaration d'un conjoint de travailleur
- 5- L'acte de naissance de l'enfant à charge
- 6- La déclaration d'un enfant de travailleur
- 7- La fiche de renseignement concernant le conjoint (pour la femme assurée)
- 8- La fiche d'identification bancaire signée par la banque
- 9- Diverses pièces justificatives (CM, CS, CA, . . .).

- Allocations prénatales (AP) en complément aux pièces fournies pour l'allocation familiale

- 1- Certificat d'examen prénatal volet 1 avant la fin du 3ème mois de grossesse (CEP1)
- 2- Certificat d'examen prénatal volet 2 vers le 6ème mois de grossesse (CEP2)
- 3- Certificat d'examen prénatal volet 3 vers le 8ème mois de grossesse (CEP3)
- 4- Certificat d'accouchement (facultatif)
- 5- La lettre de l'assurée, éventuellement, pour demander le paiement séquentiel (pour la femme assurée).