

## ANNEXES AU CHAPITRE 8

Note "PF" n° 39 du  
03.03.98, annexe 3

### 1 - MONTANTS, DU 1er JUI 1995 AU 31 DECEMBRE 1995, DES ALLOCATIONS D'EDUCATION SPECIALE, DE SOUTIEN FAMILIAL, D'ADOPTION ET DE PARENT ISOLE (MONTANT DU REVENU MINIMUM FAMILIAL GARANTI)

Allocation d'éducation spéciale (montant mensuel)				Allocation de soutien familial (montant mensuel)		Allocation d'adoption (montant mensuel)
Allocation simple	Complément 1ère catégorie	Complément 2ème catégorie	Complément 3ème catégorie	Taux	Taux	Taux
32 %	24 %	72 %	-	30 %	22,50 %	30 %
F	F	F	F	F	F	F
671	503	1 510	5 395	629	472	629

Montant du revenu minimum familial garanti retenu pour l'attribution de l'allocation de parent isolé		
	Pourcentage de la base mensuelle de calcul	Montant mensuel
Montant du revenu minimum familial garanti :	%	F
- pour le parent	150	3 145
- par enfant	50	1 048

Note « PF » n°64 du  
12.01.2004, § 122 à 125 et  
BRH 2004 RH 2, Annexe 3

### 2 - MONTANTS A COMPTER DU 1er JANVIER 2004 Base mensuelle de calcul : 353,59 €

#### 2.1 - Montant de l'allocation de soutien familial et de l'allocation d'adoption (hors contribution au remboursement de la dette sociale)

Prestation	Pourcentage de la base de calcul mensuelle	Montant mensuel
Allocation de soutien familial	%	€
- Taux de 22,50 %	22,50	79,56
- Taux de 30 %	30	106,08
Allocation d'adoption	45,95	162,47

## ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUITE)

### 2.2 - Montant de l'allocation d'éducation spéciale (hors contribution au remboursement de la dette sociale)

Prestation	Pourcentage de la base de calcul mensuelle	Montant mensuel
	%	€
Allocation simple	32	113,15
Complément de 1 <sup>ère</sup> catégorie	24	84,86
Complément de 2 <sup>ème</sup> catégorie	65	229,83
Complément de 3 <sup>ème</sup> catégorie	92	325,30
Complément de 4 <sup>ème</sup> catégorie	142,57	504,11
Complément de 5 <sup>ème</sup> catégorie	182,21	644,28
Complément de 6 <sup>ème</sup> catégorie	-	945,87

### 2.3 - Montant du revenu minimum familial garanti retenu pour l'attribution de l'allocation de parent isolé (base de calcul en vigueur au 1er janvier 2004) (hors contribution au remboursement de la dette sociale)

Prestation	Pourcentage de la base mensuelle de calcul	Montant mensuel
	%	€
Montant du revenu minimum familial garanti :		
- pour le parent	150	530,39
- par enfant	50	176,80

### 2.4 - Montant du minimum garanti (taux horaire) servant à évaluer forfaitairement les avantages en nature

Périodes	Minimum garanti (taux horaire) en F
	€
Du 01.07.1989 au 31.03.1990	2,35
Du 01.04.1990 au 30.06.1990	2,40
Du 01.07.1990 au 30.11.1990	2,42
Du 01.12.1990 au 30.06.1991	2,47
Du 01.07.1991 au 28.02.1992	2,50
Du 01.03.1992 au 30.06.1992	2,55
Du 01.07.1992 au 30.06.1993	2,57
Du 01.07.1993 au 30.06.1994	2,62
Du 01.07.1994 au 30.06.1995	2,66
Du 01.07.1995 au 30.04.1996	2,70
Du 01.05.1996 au 30.06.1996	2,75
Du 01.07.1996 au 30.06.1997	2,76
Du 01.07.1997 au 30.06.1998	2,78
Du 01.07.1998 au 30.06.1999	2,80
Du 01.07.1999 au 30.06.2000	2,81
Du 01.07.2000 au 30.06.2001	2,85
Du 01.07.2001 au 30.06.2002	2,91
Du 01.07.2002 au 30.06.2003	2,95
Au 01.07.2003	3,00

Montant de la limite mensuelle de rémunération des enfants à charge au 1er juillet 2003 :  $\frac{7,19 \times 169 \times 55}{100} = 668,31 \text{ €}^{(1)}$

BRH 2004 RH 2  
Annexe 3

(1) Ce montant est applicable, y compris aux enfants rémunérés sur la base de la nouvelle durée légale hebdomadaire du travail à 35 heures.

## ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUITE)

### 2.5 - Montant du plafond de ressources pour l'attribution de l'allocation d'adoption <sup>(\*)</sup>

Note « PF » n°62 du  
02.07.2003, § 123,  
BRH 2003 RH 48, § 13 et  
Note « PF » n°64 du  
12.01.2004, § 1232

Pour la période de paiement du 1er juillet 2003 au 30 juin 2004, il est tenu compte des revenus perçus pendant l'année 2001. Les plafonds de ressources à ne pas dépasser sont récapitulés dans le tableau suivant :

Nombre d'enfants à charge au sens des prestations familiales	Métropole	
	Un seul revenu d'activité	Deux revenus d'activité ou personne seule
	€	€
1 enfant .....	17 613	23 276
2 enfants .....	21 136	26 799
3 enfants .....	25 363	31 026
4 enfants .....	29 590	35 253
Par enfant en plus .....	4 227	4 227

Les ressources prises en compte, à comparer aux plafonds ci-dessus, s'entendent du revenu net catégoriel de l'année antérieure à la période de paiement. Pour l'exercice débutant le 1er juillet 2003, il s'agit du revenu net catégoriel perçu en 2002.

S'agissant du plafond pour l'attribution de l'allocation d'adoption fixé pour les personnes seules et les ménages disposant de deux revenus d'activité, il est précisé que le revenu minimum perçu en 2002 de chacun des conjoints ou concubins (ménage) doit être au moins égal à 4 172,16 €, soit 12 fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales en vigueur au 1er juillet 2002.

La majoration du plafond pour double activité, pour les ménages où les deux conjoints travaillent et pour les allocataires isolés, est égale à 5 663 €

Pour la période du 1er janvier 2004 au 30 juin 2004, l'allocation différentielle susceptible d'être versée aux allocataires dont le revenu net catégoriel excède le plafond applicable d'une somme inférieure, par enfant ouvrant droit à l'allocation d'adoption, à douze fois le montant mensuel de l'allocation d'adoption, est calculée sur la base du taux en vigueur au 1er juillet 2002, soit 157,09 €

Le montant du revenu net catégoriel ne doit pas excéder, par enfant, le plafond applicable d'une somme égale à  $157,09 \times 12 = 1\ 885,08$  €

Note « PF » n° 60 du  
21.03.2003 § 14, et  
BRH 2003 RH 48, § 13

Lorsque le ou les revenus imposables ne provenant pas d'une activité salariée ne sont pas connus au moment de la demande ou du réexamen des droits, il est tenu compte des derniers revenus nets catégoriels connus. Ces revenus sont revalorisés par application du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages pour l'année civile de référence figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances. Pour la période débutant le 1er juillet 2002, ce taux est fixé à 1,7 %. Si les revenus de l'année 2001 ne sont pas connus, le taux de 1,7 % sera appliqué aux revenus de 2000 : ils sont déterminés forfaitairement en réévaluant les revenus de 2001 de 1,7 %.

Les ressources sont déterminées forfaitairement dans trois cas :

1. lors de l'ouverture du droit, si le total des ressources de la personne ou du ménage, perçues au titre de l'année civile de référence, sont inférieures ou égales à 812 fois le SMIC horaire en vigueur au 31 décembre de ladite année. Ainsi, pour l'exercice de paiement compris entre le 1<sup>er</sup> juillet 2003 et le 30 juin 2004, les revenus de 2002 doivent être inférieurs ou égaux à **5 545,96 €**;
2. au premier renouvellement du droit, si les ressources ont été évaluées forfaitairement lors de l'ouverture du droit ;
3. au renouvellement, au 1<sup>er</sup> juillet, sauf cas précité, si ni le bénéficiaire, ni son conjoint ou concubin n'a disposé de ressources pendant l'année de référence.

(\*) Ce plafond est aussi applicable dans les départements d'outre-mer

## ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUITE)

Pour les salariés, cette évaluation correspond à 12 fois la rémunération mensuelle perçue par l'intéressé le mois civil précédant l'ouverture du droit ou le mois de mai précédant le renouvellement du droit.

Pour les non-salariés, elle correspond à 1 200 fois le SMIC horaire en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier précédant l'ouverture ou le renouvellement du droit, soit pour une ouverture ou un renouvellement intervenant postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2003, **8 196 €**

Les droits doivent être régularisés dès connaissance des ressources réelles, mais en tout état de cause la situation des intéressés sera revue au 31 décembre et régularisée avant la fin de l'exercice de paiement.

Ces dispositions sont applicables à l'ensemble des prestations soumises à condition de ressources (réactualisation du dernier avis d'imposition des non salariés).

*Note "PF" n° 36  
du 09.05.97, § 32  
et précision apportée par  
la note "PF" n° 44  
du 09.07.99, § 31*

### 2.6 - Taux et montants du forfait logement

#### Taux

Les pourcentages applicables, suivant la taille de la famille et le lieu de résidence, sont les suivants :

Situation familiale	Pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales	
	Métropole	DOM
	%	%
Bénéficiaire enceinte sans enfant à charge	13,68	7,68
Bénéficiaire ayant un enfant à charge	27,35	15,37
Bénéficiaire ayant au moins deux enfants à charge	33,85	19,03

*Note « PF » n° 64  
du 12.01.2004, § 129, et  
BRH 2004 2004 RH 2  
Annexe 1*

### 2.7 - Allocation de présence parentale (montants avant CRDS)

Taux	Taux plein	Activité au plus égale à 50 %	Activité supérieure à 50 % et au plus égale à 80 %
<b>Personne seule</b>	<b>982,59 €</b>	<b>517,16 €</b>	<b>333,33 €</b>
%	277,89	146,26	94,27
<b>Ménage</b>	<b>827,44 €</b>	<b>413,74 €</b>	<b>252,07 €</b>
%	234,01	117,01	71,29

# ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUITE)

BRH 2002 RH 48  
annexes 5 à 10

## 2.8 - Imprimés afférents à la demande d'allocation de présence parentale Tableau et organigrammes explicatifs

		1/2	9954001C	
			www	n° en cours
<b>DEMANDE D'ALLOCATION DE PRÉSENCE PARENTALE</b>				
<small>Article L. 544.1 à L. 544.8 du code de la Sécurité Sociale</small>				
N° allocataire : <input type="text"/>				
Madame ou Monsieur,				
<p>Votre enfant est gravement malade, accidenté ou handicapé et vous avez peut-être droit à l'allocation de présence parentale. Mais pour le savoir, nous avons besoin de connaître votre situation. Voilà pourquoi nous vous demandons de remplir cet imprimé.</p> <p>Répondez à toutes nos questions et faites remplir l'attestation par un médecin mentionnant la durée de la présence parentale. N'oubliez pas de dater et de signer votre demande. Sinon nous serions obligés de vous la retourner ce qui retarderait le paiement de votre allocation.</p> <p>Sachez enfin que le droit à l'allocation de présence parentale est soumis à un avis favorable du service du contrôle médical de l'assurance maladie dont dépend votre enfant. C'est pourquoi vous devez joindre à cette demande le certificat médical détaillé ci-joint sous pli confidentiel rédigé par un médecin.</p>				
Votre Caisse d'Allocations Familiales.				
<i>Pour répondre à ce questionnaire, cochez les cases correspondant à votre situation.</i>				
<b>Recevez-vous des prestations familiales ?</b>	Recevez-vous des prestations familiales ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	Si OUI, quel organisme vous les verse (nom et adresse) _____			
	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune _____			
Sous quel numéro d'allocataire ? <input type="text"/>				
Si NON, joignez l'imprimé "demande de prestations familiales".				
<b>Qui souhaite bénéficier de l'allocation de présence parentale ?</b>	L'un ou l'autre parent qui cesse ou réduit son activité professionnelle peut demander l'allocation de présence parentale. Les deux parents exerçant une activité à temps partiel peuvent bénéficier chacun d'une allocation de présence parentale à taux partiel.			
	Précisez donc lequel d'entre vous (ou les deux) souhaite recevoir l'allocation.			
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <i>Si vous cochez les deux cases, un second imprimé de demande doit être complété par l'autre parent.</i>				
Précisez lequel d'entre vous remplit aujourd'hui cette demande :				
Votre nom _____ Votre prénom _____				
<b>Quelle est votre adresse ?</b>	Votre adresse _____			
	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune _____			
<b>Quel est l'état civil de votre enfant ?</b>	Son nom _____ Son prénom _____			
	<i>(vous devez faire une demande par enfant malade, accidenté ou handicapé)</i>			
Sa date de naissance _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<b>Renseignements pour l'assurance maladie</b>	Sur le compte de quelle personne l'enfant est-il pris en charge pour l'assurance maladie ?			
	Son nom _____ Son prénom _____			
	Son N° de sécurité sociale _____			
Les nom et adresse de l'organisme payeur (c'est-à-dire de l'organisme qui rembourse les frais de maladie de l'enfant) _____				
S.				

# ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUIITE)

2/2

**Déclaration de cessation d'activité ou d'activité à temps partiel**

- Vous avez interrompu votre activité professionnelle depuis le .....         pour une durée de \_\_\_\_ mois.  
Si vous êtes salarié(e), vous devez avoir interrompu votre activité dans le cadre d'un congé de présence parentale : nom, adresse et téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_
- Vous travaillez à temps partiel depuis le .....         pour une durée de \_\_\_\_ mois.  
Si vous êtes salarié(e), vous devez avoir réduit votre activité dans le cadre d'un congé de présence parentale : nom, adresse et téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_
- Le pourcentage d'activité que vous exercez par rapport à une activité à temps plein est de \_\_\_\_ %.
- Vous avez interrompu votre formation professionnelle rémunérée depuis le
- Vous suivez une formation professionnelle rémunérée à temps partiel depuis le

**Recevez-vous certains avantages ?**

- Recevez-vous actuellement une pension d'invalidité ou une pension de retraite ou l'allocation aux adultes handicapés ?  OUI  NON
- Si OUI, il est inutile de renvoyer cette demande. Cet avantage n'est pas cumulable avec l'allocation de présence parentale.

**Quand devez-vous retourner cette demande ?**

- Vous bénéficiez d'un congé de maternité ou d'adoption, d'un congé maladie ou accident du travail. Vous recevez des indemnités journalières.  
N'adressez cette demande qu'à la fin de votre indemnisation. Précisez alors :  
• depuis quelle date vous ne percevez plus d'indemnités .....          
• le nom et l'adresse de l'organisme qui vous versait ces indemnités \_\_\_\_\_
- Vous êtes au chômage indemnisé.  
Nom et l'adresse de l'organisme qui vous verse ces indemnités \_\_\_\_\_
- Vous avez interrompu votre activité professionnelle et vous n'avez aucune indemnisation maladie-maternité, chômage.  
Renvoyez-nous immédiatement cette demande.
- Vous travaillez à temps partiel et vous n'avez aucune indemnisation maladie-maternité, chômage.  
Renvoyez-nous immédiatement cette demande.

**Déclaration sur l'honneur**

La loi rend possible d'annuler cette déclaration si elle est fautive (Art. L. 554-1 du Code de la sécurité sociale, Art. 441-1 du Code pénal). L'organisme débiteur de prestations familiales peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (Art. L. 553-3 du Code de la sécurité sociale).

*Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts. Je m'engage à signaler immédiatement à ma caisse toute reprise d'activité même partielle, la perception de l'allocation de remplacement, d'indemnités journalières maternité-maladie ou accident du travail, ou l'allocation de chômage.*

A ..... Le ..... Signature :

La loi n°7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données traitées à ce formulaire dont le destinataire est la Caisse d'Allocations Familiales. Cette loi vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales qui vous les fournit.

**Pièces à joindre à votre demande**

- Certificat médical détaillé sous pli confidentiel établi par un médecin.
- Attestation médicale mentionnant la durée du congé de présence parentale établi par le même médecin sur le modèle joint ou sur papier libre.

**ATTESTATION À FAIRE COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN**

Durée prévisible des soins contraignants et/ou de la présence soutenue d'un parent :  
..... mois

Nom du médecin \_\_\_\_\_

Le ..... Signature et cachet

# ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUITE)

1/2

  
n° en cours

Certificat à remettre à votre Caf sous enveloppe cachetée

---

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**PRÉALABLE À L'OBTENTION DE L'ALLOCATION DE PRÉSENCE PARENTALE**

---

**PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ**

Quel est l'état civil de l'assuré ?      Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Pour les femmes, indiquer le nom de jeune fille, suivi s'il y a lieu d'apocope X., veuve X.

Numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

Nom ou numéro du centre de paiement ou de la section mutualiste versant les prestations maladie pour l'enfant \_\_\_\_\_

L'assuré reçoit-il des prestations familiales ?      Recevez-vous des prestations familiales  OUI  NON

Si OUI, quel organisme vous les verse (nom et adresse) \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Sous quel nom \_\_\_\_\_

Numéro allocataire \_\_\_\_\_

**PARTIE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN**

Quel est l'état civil de l'enfant ?      Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation si différent de l'assuré : \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL**      Date du diagnostic \_\_\_\_\_

**motivant la**      Diagnostic détaillé \_\_\_\_\_  
**demande**      Insérer précis de la pathologie

**d'allocation de** \_\_\_\_\_

**présence parentale** \_\_\_\_\_

Affection périnatale  OUI  NON

**CRITERES DE GRAVITÉ**      Critère de gravité \_\_\_\_\_

Evolution prévisible de l'état de l'enfant \_\_\_\_\_

.../...



## ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUIITE)

**Tableau synoptique de ventilation des demandes de congé de présence parentale (CPP) et d'allocation de présence parentale (APP) selon la situation des bénéficiaires**

Allocataire désigné pour les prestations familiales Bénéficiaire de la réduction d'activité (*)	Fonctionnaire ET Agent contractuel de droit public travaillant plus de 120 h par mois employés par La Poste	Salarié de droit privé ET Agent contractuel de droit public employé moins de 120 h par mois employés par La Poste	Conjoint ou concubin ou partenaire d'un PACS (n'étant pas lui-même agent de La Poste)
Fonctionnaire ET Agent contractuel de droit public travaillant plus de 120 h par mois employés par La Poste	Vous faites la demande CPP (*) à La Poste	Vous faites la demande CPP (*) à La Poste	Vous faites la demande CPP (*) à La Poste
Salarié de droit privé ET Agent contractuel de droit public employé moins de 120 h par mois employés par La Poste	Vous faites la demande d'APP à La Poste	Vous faites la demande d'APP à la CAF	Vous faites la demande d'APP à la CAF (**)
Conjoint ou concubin ou partenaire d'un PACS (n'étant pas lui-même agent de La Poste)	Vous faites la demande CPP (*) à La Poste	Vous faites la demande CPP (*) à La Poste	Vous faites la demande CPP (*) à La Poste
	Vous faites la demande d'APP à La Poste	Vous faites la demande d'APP à la CAF	Vous faites la demande d'APP à la CAF (**)
	Vous faites la demande de CPP (*) à l'employeur concerné	Vous faites la demande de CPP (*) à l'employeur concerné	
	Vous faites la demande d'APP à La Poste	Vous faites la demande d'APP à la CAF	

**NB** Si les 2 parents bénéficient tous les deux d'une réduction d'activité pour présence parentale ouvrant droit à APP, ils doivent faire chacun une demande séparée auprès du même organisme débiteur de prestations familiales.

(\*) CPP, temps partiel de présence parentale ou situation assimilée.

(\*\*) Ou à l'organisme habilité à verser les prestations familiales.

## ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUITE)

### Demande simultanée d'un CPP (ou du temps partiel y afférent) et d'une APP (Ex. : agent de La Poste bénéficiaire de la réduction d'activité et désigné comme allocataire de prestations familiales)

**Préalables :**

1. Retrait des documents nécessaires à l'obtention du CPP et de l'APP auprès du correspondant RH de l'établissement ou du service :

**Pour le CPP :**

- demande de congé ou de temps partiel (cf. annexe 2)
- certificat médical (cf. modèle de l'annexe 3)

**Pour l'APP :**

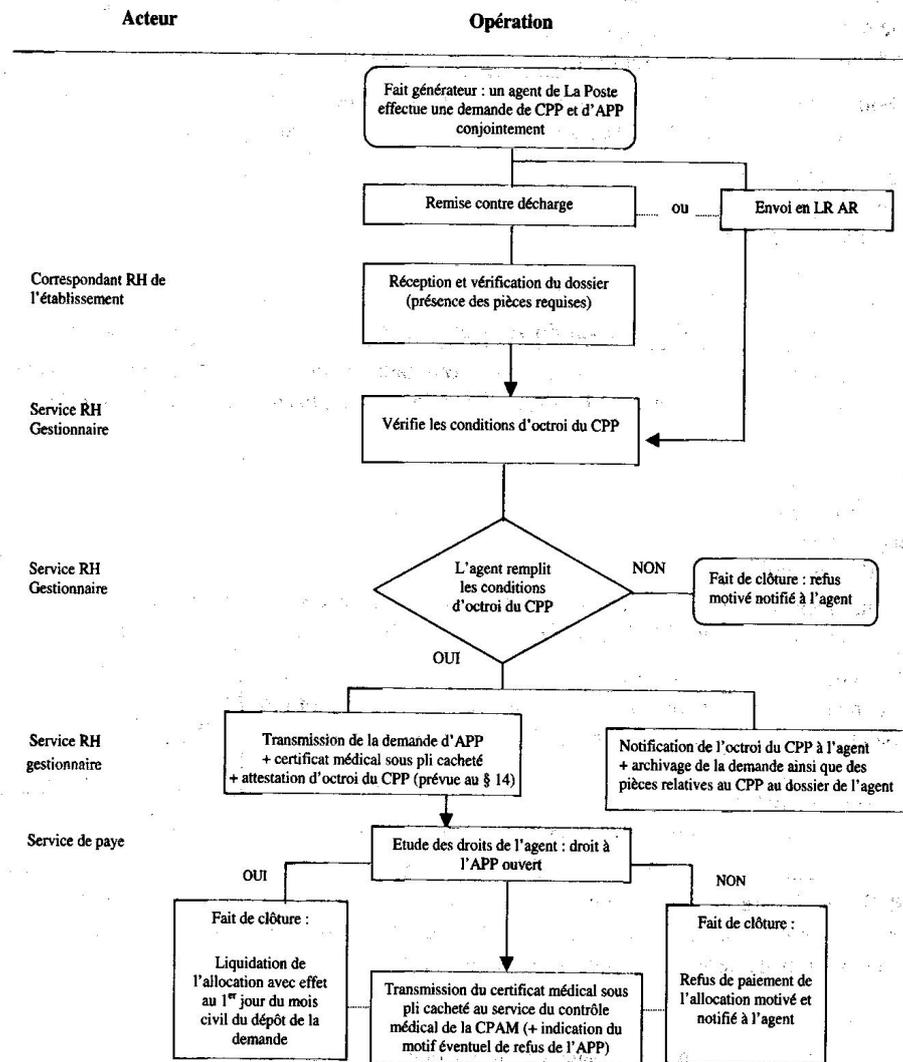
- formulaires de demande d'allocation de présence parentale (cf. annexe 5)
- certificat médical préalable à l'obtention de l'APP (cf. annexe 6)
- déclaration de situation familiale n° 893.1.A (si première demande de prestations familiales uniquement)

2. Établissement par le médecin traitant des documents ci-après :

**Pour le CPP :** - certificat médical (cf. modèle de l'annexe 3)

**Pour l'APP :** - certificat médical sous pli cacheté (cf. annexe 6)

- Attestation médicale figurant dans la demande de l'APP (cf. annexe 5) ou à défaut sur papier libre

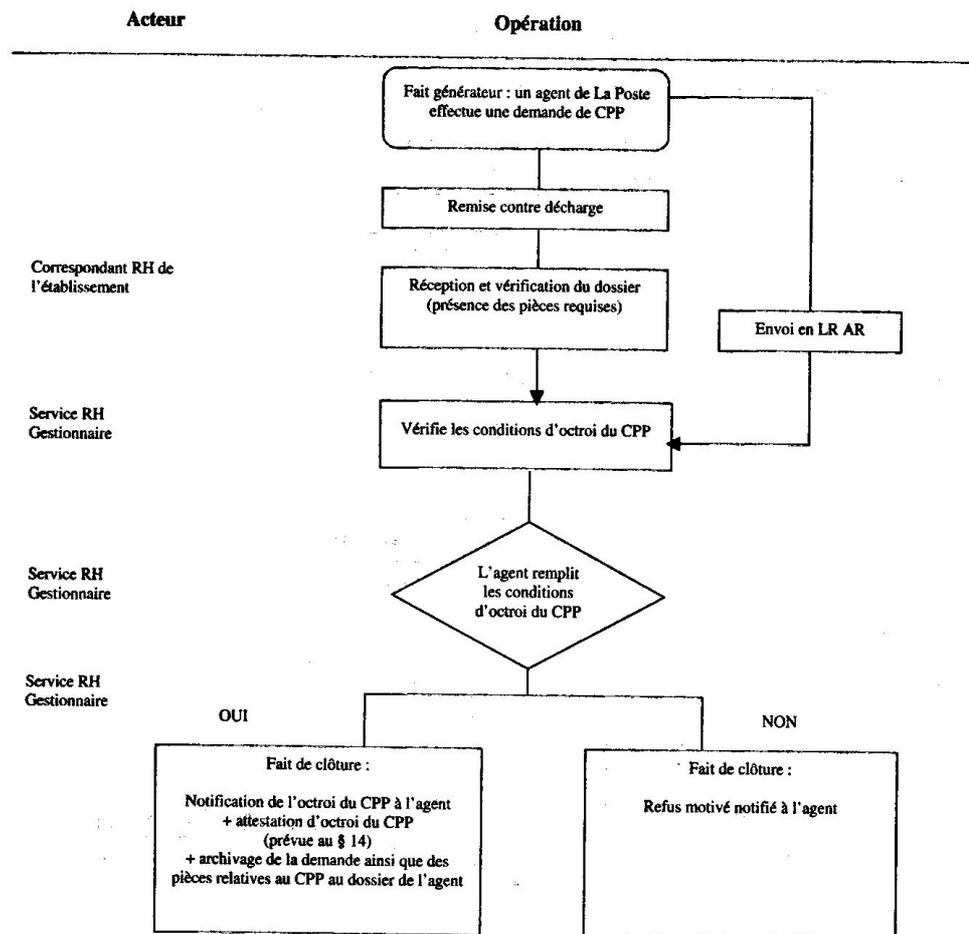


## ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUITE)

### Demande d'un CPP (ou du temps partiel y afférent) sans demande d'une APP (Ex. : agent de La Poste bénéficiaire de la réduction d'activité non désigné comme allocataire de prestations familiales)

**Préalables :**

1. Retrait des documents nécessaires à l'obtention du CPP auprès du correspondant RH de l'établissement ou du service :
  - demande de congé ou de temps partiel (cf. annexe 2)
  - certificat médical (cf. modèle de l'annexe 3)
2. Établissement par le médecin traitant d'un certificat médical justificatif selon le modèle prévu à l'annexe 3 de la présente circulaire



## ANNEXES AU CHAPITRE 8 (SUITE ET FIN)

