



santé  
famille  
retraite  
services

# Allocation de soutien familial (Asf)

## Demande complémentaire tiers-recueillant



14989\*02

Merci de compléter également un  
formulaire de déclaration de situation

Art. L.523-1 à L.523-3 et L.581-1 à 10 et R.523-1 à R.523-8 et R.581-1 à  
R.581-9 et L.755-17, D.523-1, D523-2, D755-7 et D755-8 du code de de la Sécurité sociale

**Ceci est le formulaire complémentaire au formulaire "Demande d'Allocation de soutien familial" à joindre, par les tiers qui ont recueilli un (ou des) enfant(s) dont ils ne sont ni le père ni la mère.**

**Pour toute information complémentaire, notamment sur les conditions requises pour agir en justice ou demander une aide au recouvrement, rendez vous sur [caf.fr](http://caf.fr) ou [msa.fr](http://msa.fr) dans la rubrique Allocation de soutien familial.**

### ► Merci de rappeler votre identité

Nom de famille : ..... Prénoms : .....  
(de naissance) (dans l'ordre de l'état civil)  
Date de naissance : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] Numéro d'allocataire (si vous en possédez un) : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Numéro de Sécurité sociale : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Vous demandez l'ASF au titre d'un (ou des) enfant(s) que vous avez recueilli(s) :  oui  non

### ► Les renseignements sur l'autre parent du ou des enfants recueillis

**Les renseignements indiqués ci-dessous sont obligatoires** et concernent :  le père  la mère

Nom de famille : ..... Prénoms : .....  
(de naissance) (dans l'ordre de l'état civil)  
 Il(elle) n'a pas reconnu le(s) enfant(s), **n'oubliez pas de joindre les pièces listées en page 4 de la demande d'Allocation de soutien familial.**  
 Il (elle) est décédé(e) le [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]. **Ne complétez pas les autres rubriques. Dated et signez seulement votre demande à la page 3.**

**Dans tous les autres cas, renseignez les informations suivantes si connues.**

Date de naissance : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] Lieu de naissance : .....  
Dernière adresse connue : .....  
Numéro Sécurité sociale : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
N° d'enregistrement au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers : .....  
Etablissement bancaire, postal ou d'épargne et son N° de compte : .....  
Nom et adresse de son employeur ou de son entreprise : .....  
.....  
S'il perçoit des revenus autres que d'activité, précisez leur nature, leur montant ainsi que, pour chacun d'eux, le nom de l'organisme qui le lui verse : .....  
.....  
.....

### ► Les enfants ayant les mêmes parents pour lesquels vous demandez l'Asf

Si vous avez recueilli des enfants nés de parents différents, vous devez compléter une autre demande d'ASF et une autre demande complémentaire ASF tiers recueillant. Un formulaire d'ASF ne peut concerner que des enfants ayant les mêmes parents.

Nom de l'enfant	Prénoms de l'enfant (dans l'ordre de l'état civil)	Date de naissance de l'enfant
1 .....	.....	[ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
2 .....	.....	[ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
3 .....	.....	[ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
4 .....	.....	[ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

S 7135 a - 02/2017

Emplacement réservé à la Caf

Date demande : 17/08/2017



## 2 Allocation de soutien familial - Demande complémentaire tiers recueillant

### Votre pension alimentaire

**ATTENTION** il est possible que vous ayez à cocher des informations dans différents cadres : lisez attentivement l'ensemble des situations.

En fonction de votre situation, veuillez vous reporter à la page 4 de la demande d'Allocation de soutien familial pour connaître les pièces à joindre.  
Besoin d'aide pour remplir ce formulaire ? Consultez la notice en page 5 de la demande d'Allocation de soutien familial.

**1** Vous avez un titre exécutoire qui a fixé une pension alimentaire  
(pour la définition du titre exécutoire, reportez-vous à la notice p. 5 du formulaire de demande d'Allocation de soutien familial)

L'autre parent :

n'a jamais payé la pension

ne paye pas la pension régulièrement (ex. un mois sur deux). Précisez le dernier mois impayé :

Listez sur papier libre l'ensemble des paiements reçus mois par mois ainsi que le montant payé.

ne paye plus la pension. Précisez depuis quand la pension alimentaire est impayée (mois/année) :

ne paye pas la pension entièrement. Depuis le (mois/année) :

Listez sur papier libre l'ensemble des paiements reçus mois par mois ainsi que le montant payé.

**Avez-vous engagé des démarches auprès d'un huissier de justice pour récupérer la pension alimentaire ?**

Oui  Non

Si oui, pour la période du      au

L'autre parent paye intégralement la pension alimentaire :

Précisez le montant mensuel de votre pension alimentaire : ..... €

La pension est payée depuis le (mois/année) :

**2** Vous n'avez pas de titre exécutoire qui fixe le montant de la pension alimentaire et l'autre parent ne participe pas ou plus financièrement à l'entretien de votre enfant

Précisez depuis quelle date (mois/année) :

Vous ne connaissez pas l'adresse et la situation financière de l'autre parent.

Vous connaissez l'adresse et la situation financière de l'autre parent.

N'oubliez pas de renseigner ces informations en page 1.

Vous avez entrepris des démarches qui sont en cours :

pour faire fixer une pension alimentaire :  pour vous-même  pour le(s) enfant(s)

Vous souhaitez vous faire aider par votre caisse dans vos démarches pour améliorer vos relations avec l'autre parent, notamment par le recours à une médiation familiale :  Oui  Non

**3** Vous avez un jugement qui ne fixe pas ou plus de pension alimentaire pour les motifs suivants mentionnés dans le jugement :

En raison de la faiblesse ou de l'absence de ressources du parent

En raison de l'absence d'éléments connus sur sa situation



# 3 Allocation de soutien familial - Demande complémentaire tiers recueillant

## ► Subrogation et mandat

J'ai pris connaissance du fait que ma demande entraîne "**subrogation et mandat**" au profit de ma caisse d'Allocations familiales/Caisse de Mutualité sociale Agricole.

Je donne également **mandat** à ma Caisse d'Allocations Familiales/Caisse de Mutualité sociale Agricole pour engager ou poursuivre toute action contre le parent défaillant pour obtenir le paiement de la pension mise à la charge de l'enfant que j'ai recueilli par jugement, accord de médiation familiale homologué ou convention de divorce par consentement mutuel déposée devant notaire. Cette action pourra être engagée dès lors qu'une défaillance dans le paiement de la pension alimentaire ainsi fixée sera constatée.

SIGNATURE OBLIGATOIRE

Signature de l'allocataire, de son représentant

## ► Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints.

A ..... , Le : .....

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

SIGNATURE OBLIGATOIRE

Signature de l'allocataire, de son représentant

### **Vous avez l'obligation de signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.**

La Caf/MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L. 114-19 du code de la Sécurité sociale). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Articles L. 114-9 - dépôt de plainte de la Caisse pouvant aboutir à : travail d'intérêt général, amende ou peine de prison, L.441-6 du Code pénal-prison, L. 114-17 du code de la Sécurité sociale - prononcé de pénalités).

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 rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Emplacement réservé à la Caf

Date demande : 17/08/2017

PAGE 3/3

IDX W 1100203 Q -



\*000000110020000000\*