

## Service Prévention et Action Sociale

Pour tout renseignement, contacter  
le Centre de la Relation Clients :

■ Tél. 01 44 90 20 20

■ Via [votre espace sécurisé](#) accessible  
sur notre site internet [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)

## AIDE 2024 ACCOMPAGNEMENT ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

- Actif  
 Pensionné



À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVANT LE 31 MARS 2024

### Renseignements sur l'affilié (obligatoire)

N° de sécurité sociale

N° d'allocataire CAF

Madame  Monsieur

Nom et prénom (en capitales)

Adresse N°    Voie

Code postal     Ville

Téléphone (obligatoire)   /   /   /   /   Portable   /   /   /

Courriel (en capitales)  @

Nombre d'années dans le Notariat   Fonction occupée

Situation actuelle  En activité  Au chômage  En invalidité  À la retraite  Pensionnée mère de famille

### Situation familiale

Célibataire  Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e) depuis le   /   /

Divorcé(e)/Séparé(e) depuis le   /   /    Veuf(ve) depuis le   /   /

Nombre de personnes vivant au foyer (assuré + conjoint ou personne vivant maritalement + enfants à charge) :

### Identité du conjoint(e) ou du partenaire

Nom et prénom (en capitales)

Date de naissance   /   /    Profession

### Renseignements sur le demandeur (si le demandeur est une autre personne que l'affilié)

Madame  Monsieur

Nom et prénom (en capitales)

Adresse ou coordonnées de l'organisme N°    Voie

Code postal     Ville

Téléphone (obligatoire)   /   /   /   /   Portable   /   /   /

Lien avec l'assuré

### Motif de la demande

- Loisirs et vacances  
 Séjour - répit  
 Soutien psychologique auprès de professionnels  
 Frais de scolarité et de soutien scolaire  
 Garde d'enfant(s)  
 Accueil temporaire de jour ou de nuit ou suppléance de l'aidant à domicile

### Enfant(s) à la charge du demandeur

Nom - Prénom	Date de naissance
	□□/□□/□□□□
	□□/□□/□□□□
	□□/□□/□□□□

### Ressources de l'année 2022

PLAFOND DE RESSOURCES							
Composition de la famille	Personne seule	Ménage	Foyer + 1 enfant	Foyer + 2 enfants	Foyer + 3 enfants	Famille monoparentale + de 3 enfants	Couple 4 enfants et +
Plafond à ne pas dépasser	22 881 €	28 599 €	40 394 €	46 165 €	51 936 €	57 711 €	63 477 €

Sont pris en considération tous les revenus perçus par la famille (y compris ceux des enfants exerçant une activité professionnelle) avant déductions et abattements.

	Montants annuels	Réservé au service action sanitaire et sociale (NE PAS REMPLIR)
Salaires et gratifications, pensions, allocation chômage (Pôle emploi), indemnités journalières de l'assuré		
Salaires et gratifications, pensions, allocation chômage (Pôle emploi), indemnités journalières du conjoint(e) ou de la personne vivant maritalement (s'il s'agit d'un forfait, veuillez préciser) _____		
Aides et compléments de ressources même non-imposables (montants annuels)		
Prestations familiales		
Pensions alimentaires		
RSA		
Revenus fonciers nets		
Revenus mobiliers déclarés		
Autres revenus même non-imposables (enfants, autres membres de la famille). Préciser : _____		
<b>TOTAL</b>		

**DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE**  
**JUSTIFICATIFS À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT (cocher les cases attestant la transmission)**

**ATTENTION : tout dossier incomplet sera rejeté.**

- Imprimé de demande dûment complété et signé.
- Copie intégrale de l'avis d'imposition (ou de non-imposition) 2023 sur les revenus 2022 de l'ensemble des personnes composant le foyer (l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu ne peut pas faire office d'avis d'imposition si vous êtes imposable).
- Copie du versement de toutes les prestations familiales (CAF, MSA...) attribuées au cours des 12 derniers mois. Si vous n'avez pas perçu de prestations sur la dernière année : cocher cette case  et préciser la période \_\_\_\_\_
- En cas de changement de situation (divorce, rupture du PACS, séparation, veuvage, chômage ou départ du domicile familial) intervenu entre 2022 et 2023, joindre les justificatifs énoncés en page 2 de la notice d'information.
- L'ensemble des factures nominatives justifiant l'utilisation de l'aide conformément à son objet et à hauteur des sommes versées devront être transmises **avant le 30/11/2024. Un contrôle sera effectué et sera susceptible de donner lieu à récupération des trop-perçus si l'utilisation de la prestation ne correspond pas à l'usage défini dans la notice d'information.**
- Je certifie la présence de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'instruction de ma demande.**

Je certifie que toutes les déclarations figurant sur cette demande sont sincères et véritables.  
 La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, 441-6 et 441-7 du Code Pénal).

Fait à \_\_\_\_\_ Le   /   /

Signature



Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau ci-dessous.

<b>Responsable de traitement</b>	La CRPCEN représentée par son directeur, monsieur Olivier MANIETTE
<b>Coordonnées du DPO</b>	CRPCEN - à l'attention du DPO - 5 bis rue de Madrid - 75395 PARIS CEDEX 08
<b>Objet du traitement de données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Finalité(s) : Le présent traitement a pour finalité la mise en œuvre des prestations extralégales à la CRPCEN</li> <li>■ Base juridique : Décret n° 90-1215 du 20 décembre 1990 et décret n° 2015-3952 du 3 avril 2015</li> </ul>
<b>Personnes concernées</b>	Affiliés CRPCEN
<b>Destinataires des données</b>	Agents habilités de la Caisse
<b>Durée de conservation des données</b>	18 mois
<b>Existence d'une prise de décision automatisée</b>	NON
<b>Sécurité</b>	Politique des systèmes d'information de la CRPCEN - Référentiel général de sécurité créé par l'ordonnance du 8 décembre 2005
<b>Vos droits sur les données vous concernant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vous disposez pour ces traitements d'un droit :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'accès ;</li> <li>- de rectification ;</li> <li>- et d'opposition sur vos données.</li> </ul>                             Ils s'exercent auprès du directeur de la CRPCEN, par courrier à l'adresse suivante : CRPCEN - à l'attention du DPO - 5 bis rue de Madrid - 75395 PARIS CEDEX 08                         </li> <li>■ Réclamation auprès de la CNIL en cas d'insatisfaction suite à la réponse de la Caisse à adresser à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07</li> </ul>

**AGRAFER**  
la facture originale  
et acquittée  
derrière cette  
feuille, **ICI**.

## Service Prévention et Action Sociale

Pour tout renseignement, contacter  
le Centre de la Relation Clients :

- Tél. 01 44 90 20 20
- Via [votre espace sécurisé](#) accessible  
sur notre site internet [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)

## AIDE 2024 ACCOMPAGNEMENT ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE

### FORMULAIRE DE FACTURATION

À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVANT LE 30 NOVEMBRE 2024



N'oubliez pas de joindre, **EN UNE SEULE FOIS**, l'ensemble de vos factures originales et acquittées au formulaire de facturation d'aide à l'accompagnement et à l'amélioration de la qualité de vie.

#### Identification du demandeur et du bénéficiaire

N° INSEE

Madame  Monsieur

Nom et prénom de l'assuré (en capitales)

#### Identification de la facture

Nature de l'aide :

- Loisirs et vacances
- Séjour - répit
- Frais de scolarité ou de soutien scolaire
- Soutien psychologique auprès de professionnels
- Gardes d'enfant(s)
- Accueil temporaire de jour ou de nuit ou suppléance de l'aidant à domicile

Montant réglé par la famille  €

#### Conformité de la facture

L'identité du bénéficiaire figure-t-elle sur la facture  Oui

La facture est-elle acquittée (présence de la mention « payée » ou « acquittée », « reste à payer = 0 € », « solde = 0 € », justificatif bancaire...)  Oui

**Attention, toutes factures ne justifiant pas l'utilisation de l'aide conformément à son objet et à hauteur des sommes versées fera l'objet d'une récupération.**

Je certifie que toutes les déclarations figurant sur cette demande sont sincères et véritables. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, 441-6 et 441-7 du Code Pénal).

Signature **OBLIGATOIRE** de l'assuré



Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau page précédente.

#### Partie réservée au service action sanitaire et sociale de la CRPCEN

N°  Décision  Accord  Rejet Montant à récupérer  Oui  Non  €

Conformité de la facture  Oui  Non