

AFFILIATION GRATUITE D'UN AIDANT FAMILIAL A L'ASSURANCE VIEILLESSE

I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A AFFILIER :

Nom de naissance :Prénom :

Nom marital :

Date et Lieu de naissance.....

Adresse :

Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle ? Oui Non

Si oui, depuis quelle date avez-vous cessé de travailler ?.....

Existe-t-il un lien de parenté entre vous et la personne handicapée Oui Non

Si oui, lequel ?.....

La personne handicapée habite-t-elle avec vous ? Oui Non

Si elle n'habite pas avec vous, préciser sous quelle forme vous lui apportez votre aide :.....

.....

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE HANDICAPEE :

Nom de naissance :Prénom :

Nom marital :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Demande en cours :

Est-elle bénéficiaire de la Carte d'Invalidité (CI) ? Oui Non

Si oui, n° de la carte :

Période de validité :

Est-elle bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) ? Oui Non

Si oui, depuis quand ? :

Et pour quelle période :

Est-elle bénéficiaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ? Oui Non

Si oui, depuis quand ? :

A-t-elle été bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ?

Oui Non

Si oui – indiquer les périodes.....

Signature

Partie réservée à la MDPH :

Date d'effet :