Caisse des Pensions et des Prestations Familiales des agents de l'Etat

DEMANDE D'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL (ASF)

INFORMATIONS DU DEMANDEUR (ASSURE CPPF)

*AGENT PUBLIC ☐

*RETRAITE(E) ☐

*N° MATRICULE SOLDE _____ - ___

*N° PENSION _____ - ___

*N° CNAMGS ___ - ___ - ___ - ___

☐ *MONSIEUR ☐ *MADAME

*NOM (S)

*NOM DE JEUNE FILLE

*PRENOM (S)

*NE(E) LE ___ / ___ / _____ A

PAYS

*NATIONALITE ☐ GABONAISE ☐ AUTRE (à préciser)

**MINISTERE/ADMINISTRATION

**SERVICE

**FONCTION ACTUELLE

NATURE DE LA PIECE

NUMERO DE LA PIECE

LIEU DE DELIVRANCE

DATE DE VALIDITE ___ / ___ / _____

*ADRESSE (VILLE, QUARTIER)

TELEPHONE ___ / ___ / ___ / ___ ou ___ / ___ / ___ / ___

*SITUATION MATRIMONIALE

☐ MARIE(E) ☐ CELIBATAIRE ☐ EN CONCUBINAGE ☐ DIVORCE(E)

**** Les champs obligatoires doivent être remplis sous peine d'irrecevabilité***

**** Informations requises pour les agents publics***

Caisse des Pensions et des Prestations Familiales des agents de l'Etat

INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT

*NOM (S) _____

*PRENOM(S) _____

*NE(E) LE ___ / ___ / _____ A _____

*DATE ET LIEU DE MARIAGE ___ / ___ / _____ A _____

*N° MATRICULE SOLDE _____ - ___ (le cas échéant)

*N° PENSION _____ - ___ (le cas échéant)

*N° CNAMGS ___ - ___ - ___ - ___

*N° CNSS ___ ___ - ___ - ___ (le cas échéant)

TELEPHONE ___ / ___ / ___ / ___ ou ___ / ___ / ___ / ___

*NATIONALITE ☐ GABONAISE ☐ AUTRE (à préciser)

**MINISTERE/ADMINISTRATION _____

**SERVICE _____

**FONCTION ACTUELLE _____

Les champs obligatoires doivent être remplis sous peine d'irrecevabilité

Informations requises pour les agents publics

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Fait à le

Signature :

Caisse des Pensions
et des Prestations Familiales
des agents de l'Etat

INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS A ALIGNER (AUTRES)

ENFANT

NOM (S) _____

PRENOM (S) _____

NE (E) LE ____ / ____ / ____ A _____

ENFANT

NOM (S) _____

PRENOM (S) _____

NE (E) LE ____ / ____ / ____ A _____

ENFANT

NOM (S) _____

PRENOM (S) _____

NE (E) LE ____ / ____ / ____ A _____

ENFANT

NOM (S) _____

PRENOM (S) _____

NE (E) LE ____ / ____ / ____ A _____

Caisse des Pensions et des Prestations Familiales des agents de l'Etat

DEMANDE D'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL (ASF)

Conformément aux articles 10 ; 19 de la loi n°007/2017 du 09 août 2017 fixant le régime des prestations familiales et sociales applicables aux agents de l'Etat et leurs ayants droit.

Conformément aux articles 4 ; 20 et 21 de l'arrêté n°001752/MEFSN/CPPF déterminant les modalités de versement des prestations familiales et sociales aux agents de l'Etat et à leurs ayants droit.

PIECES A FOURNIR

Formulaire de demande d'allocation de soutien familial renseigné et signé *
Certificat médical signé par un médecin spécialiste inscrit à l'ordre des médecins (selon le cas spécifique de la pathologie **) ***
Certificat médical signé par un médecin inscrit à l'ordre des médecins (l'életrophorèse de l'hémoglobine à joindre pour les cas de drépanocytose**) ***

**** obligatoire***

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	