



## DEMANDE D'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL

### INFORMATION 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)  VEUVE/VEUF

**\* Les champs obligatoires du formulaire doivent être rempli sous peine d'irrecevabilité**

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







## DEMANDE D'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL

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

<b>1 formulaire de demande d'allocation de soutien familial renseigné et signé *</b>
<b>1 copie de la carte (ou du récépissé) d'immatriculation à la CNAMGS du deuxième parent non agent public en cours de validité</b>
<b>1 certificat médical signé par un médecin inscrit à l'ordre des médecins</b>

\* *obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	