



DEMANDE D'ALLOCATION DE PRIME A LA NAISSANCE

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

*SITUATION MATRIMONIALE

 MARIE(E) CELIBATAIRE EN CONCUBINAGE DIVORCE(E) VEUF/VEUVE* **Les champs obligatoires du formulaire doivent être rempli sous peine d'irrecevabilité**** **Informations requises pour les agents publics**

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

Votre Caisse de référence

BP: 3932 Libreville Gabon

Tél: +241 11 74 27 22 / 62 16 15 23

Mail: contact@cppf.ga . Site: www.cppf.ga



INFORMATION DU DEUXIEME PARENT

*NOM (S)																					
*PRENOM (S)																					
*NE (E) LE	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td>/</td> <td></td><td></td><td></td> <td>/</td> <td></td><td></td><td></td> <td>A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				/				/				A								
			/				/				A										
*DATE ET LIEU DE MARIAGE	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td>/</td> <td></td><td></td><td></td> <td>/</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> _____ (le cas échéant)				/				/												
			/				/														
*N° MATRICULE SOLDE	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (le cas échéant)											-									
										-											
*N° PENSION	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (le cas échéant)											-									
										-											
*N° CNAMGS	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (le cas échéant)					-					-										
				-					-												
*N° CNSS	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td> </tr> </table> (le cas échéant)				-							-									
			-							-											
TELEPHONE	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td>/</td> <td></td><td></td><td></td> <td>/</td> <td></td><td></td><td></td> <td>/</td> <td></td><td></td> </tr> </table>				/				/				/								
			/				/				/										
*NATIONALITE	<input type="checkbox"/> GABONAISE <input type="checkbox"/> AUTRE (à préciser)																				
**MINISTERE/ADMINISTRATION																					
**SERVICE																					
**FONCTION ACTUELLE																					

* Les champs obligatoires du formulaire doivent être rempli 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 :



DEMANDE DE PRIME A LA NAISSANCE

Conformément à l'article 17 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; 16 et 17 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

1 Formulaire de demande de prestation de maternité renseigné et signé *
1 photo d'identité récente du demandeur
1 attestation de non perception de la prime à la naissance pour le conjoint non agent public
1 copie légalisée de l'acte de naissance ou une copie du certificat d'accouchement (moins de 6 mois)
1 copie légalisée de l'acte de mariage pour les Assurés mariés

* *obligatoire*

AGENT DE RECEPTION	DATE DE RECEPTION
Nom & Prénom, signature	