

## DEMANDE D'ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL

### 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*


**INFORMATIONS DU DEUXIEME PARENT**

\*NOM (S) \_\_\_\_\_

\*PRENOM(S) \_\_\_\_\_

\*NE(E) LE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

\*DATE ET LIEU DE MARIAGE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

\*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 :





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

*\* obligatoire*

<b>AGENT DE RECEPTION</b>	<b>DATE DE RECEPTION</b>
Nom & Prénom, signature	