Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Secrétariat général pour l'administration
Direction des ressources humaines du ministère de la défense
Service de l'accompagnement professionnel et des pensions
Sous-direction de l'action sociale

Imprimé n° 520/24
Circulaire n° 5567/DEF/SGA/DRH-MD
du 23 février 2017
Format 21 x 29,7
(recto-verso)

DEMANDE D'ATTRIBUTION DE LA PRESTATION POUR LA GARDE D'UN ENFANT PENDANT DES HORAIRES ATYPIQUES

PARTIE A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Enfant

NOM : …… Prénom : ……..……..

Né(e) le : ……...

Bénéficiaire de la prestation

NOM : …… Prénom : ……..……..

Nom de jeune fille : …… Né(e) le : …….. à : ……

Adresse : ……

Code postal : …….. Commune : …….

Téléphone professionnel : …… Téléphone personnel : ……..

Situation [(1)] : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ concubin(e) ☐ divorcé(e)
☐ séparé(e) ☐ conjoint(e) survivant(e)

Organisme d'emploi et adresse d'affectation : ……..……

……...……..

Catégorie professionnelle [(1)] :

☐ Officier de carrière ☐ Officier sous contrat ☐ Sous-officier de carrière ☐ Sous-officier sous contrat

☐ Officier marinier ☐ Militaire du rang

☐ Civil A ☐ Civil B ☐ Civil C ☐ Ouvrier de l'Etat ☐ Contractuel

Catégorie d'ayant droit [(1)] :

☐ Ressortissant du ministère de la défense ☐ Personnel civil d'un établissement public

Je soussigné(e) ……...

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies ;
- reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage interne de l'action sociale, et de l'organisme chargé du paiement et dont la finalité est : la gestion et le suivi de l'accompagnement social, des demandes d'aides et de prestations d'action sociale délivrées au profit des ressortissants du ministère de la défense. La durée de conservation des informations est de deux ans après la dernière intervention effectuée au profit du ressortissant.
Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concerne.
Je peux accéder aux informations me concernant en m'adressant à la Direction des ressources humaines du ministère de la défense – sous-direction de l'action sociale.
Je peux également, pour des motifs légitimes, m'opposer au traitement des données me concernant ;
- je sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

Ladite aide sera versée sur le compte suivant **(joindre un RIB)** :

[_____] [_____] [_____] [____]

Code banque Code guichet Numéro de compte Clé

[_____] [_____]

IBAN BIC

Nom et adresse de la banque : ……

Date et signature

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION

L'enfant NOM : …… Prénom : ……

a bénéficié d'une garde pendant des horaires atypiques [2] :

☐ à son domicile ☐ au domicile d'un(e) assistant(e) maternel(le)

☐ en crèche collective ☐ en crèche familiale

☐ en semaine de 18 H 30 à 07 H 30 ☐ les jours fériés ☐ le week-end.

Motif de la garde en horaires atypiques :

☐ travail en horaires atypiques ☐ contrainte opérationnelle ☐ évènement grave

Composition de la famille : ☐ famille monoparentale ☐ autres familles

Nombre d'heures de garde du ……..…….. au ……..…….. ……. **H**

Coût supporté par la famille sur la période considérée (A - B)[3] : …… **€**

Revenu fiscal N-2 : ……. **€** Nombre de parts : …….. Quotient familial : ……. **€**

Ouvrant droit à une prestation d'un montant horaire de : …… **€**

Montant de la prestation à verser à la famille [4] : …… **€**

Date de réception du dossier complet attesté par l'antenne d'action sociale ou l'échelon social de proximité :
……

(1) Cocher la case utile.
(2) Cocher les cases utiles.
(3) Le montant correspondant à (A – B) est à reporter depuis l'imprimé n°520/25 (Attestation relative au coût de garde et/ou au cumul des aides pour la garde d'enfants en horaires atypiques)
(4) Ce montant doit être égal au coût réel supporté par la famille (A – B).