

**AFFILIATION GRATUITE D'UN AIDANT FAMILIAL A L'ASSURANCE VIEILLESSE**

**I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A AFFILIER :**

Nom de naissance : .....Prénom : .....

Nom marital : .....

Date et Lieu de naissance.....

Adresse : .....

Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle ? Oui  Non   
Si oui, depuis quelle date avez-vous cessé de travailler ?.....

Existe-t-il un lien de parenté entre vous et la personne handicapée Oui  Non   
Si oui, lequel ?.....

La personne handicapée habite-t-elle avec vous ? Oui  Non   
Si elle n'habite pas avec vous, préciser sous quelle forme vous lui apportez votre aide :.....  
.....

=====

**II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE HANDICAPEE :**

Nom de naissance : .....Prénom : .....

Nom marital : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

**Demande en cours :**

Est-elle bénéficiaire de la Carte d'Invalidité (CI) ? Oui  Non   
Si oui, n° de la carte :.....  
Période de validité :.....

Est-elle bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) ? Oui  Non   
Si oui, depuis quand ? :.....  
Et pour quelle période :.....

Est-elle bénéficiaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ? Oui  Non   
Si oui, depuis quand ? :.....

A-t-elle été bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ?  
Oui Non  
Si oui – indiquer les périodes.....

Signature

**Partie réservée à la MDPH :**  
**Date d'effet :**