

Plan famille

Formulaire de demande relatif aux mesures en cas de maladie grave d'un enfant

- Vous êtes indépendant à titre principal, aidant à titre principal ou conjoint aidant;
- Votre enfant est atteint d'une maladie grave et vous voulez être disponible pour votre enfant;
- A cette fin, vous voulez interrompre temporairement, **pendant minimum 4 semaines consécutives**, votre activité professionnelle.

Vous êtes dès lors invité(e) à compléter ce formulaire et à le renvoyer une fois complété à Xerius Caisse d'Assurances Sociales;

- par lettre recommandée ou dépôt d'une requête à Xerius Caisse d'Assurances Sociales, ou;
- si vous avez déjà introduit une demande par lettre recommandée ou par dépôt d'une requête sur place, dans ce cas vous pouvez renvoyer ce formulaire à Xerius Caisse d'Assurances Sociales par courrier ordinaire.

Le présent formulaire doit être transmis à Xerius Caisse d'Assurances Sociales **avant la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel vous avez interrompu ou allez interrompre votre activité professionnelle indépendante.**

1. Données relatives au demandeur

- Nom du demandeur: _____
- Prénom: _____
- Date de naissance: ____/____/____
- Tél: _____
- E-mail: _____

Attestation à compléter par le demandeur:

*Je soussigné, _____
déclare sur l'honneur que je vais interrompre temporairement, pendant **au minimum 4 semaines**, toute activité professionnelle pour m'occuper de mon enfant malade. Je déclare interrompre mes activités à partir du ____/____/____.*

2. Données relatives à l'enfant malade

- Nom de l'enfant malade: _____
- Prénom: _____
- Date de naissance: ____/____/____
- Lieu de résidence pendant sa convalescence: _____

- Lien de parenté avec le demandeur: _____
- Dénomination de la Caisse de paiement des allocations familiales: _____

- L'enfant fait-il l'objet d'une garde alternée (cocher la case adéquate):
 - Oui
 - Non

3. Signature

Je certifie que toutes les données figurant sur ce formulaire sont exactes. Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit chaque modification de ces données.

DATE: ____/____/____

Signature du demandeur:

ATTESTATION A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT DE L ENFANT ATTEINT D UNE MALADIE GRAVE

L'enfant précité est atteint d'une maladie grave qui nécessite l'assistance familiale du travailleur précité pour sa convalescence.

Date: ____/____/____

Signature et cachet du médecin