

**F-013****DEMANDE D'ALLOCATION COMPLEMENTAIRE**

AUX ALLOCATIONS FAMILIALES EN FAVEUR D'UN ENFANT ATTEINT D'UN HANDICAP

**1 DONNEES A REMPLIR PAR LE MEMBRE DU PERSONNEL**

NOM		Prénom	
Ancien numéro d'identification		Unité	
Adresse			

**2 JE DEMANDE L'ALLOCATION COMPLEMENTAIRE POUR ...**

Prénom	NOM	Degré de parenté	Numéro national

! En annexe, je joins une attestation médicale comportant une description succincte de la maladie ou de l'incapacité (mentionnant la nature/l'origine et/ou la date de départ).

**3 AU SUJET DU LIEU DE RESIDENCE DE L'ENFANT...**

L'enfant réside avec ses parents.  
L'enfant **ne** réside **pas** avec ses parents, mais :  
A  
Chez  
L'enfant réside à l'étranger.

**4 AU SUJET DE LA SITUATION DE TRAVAIL DE L'ENFANT...**

Ne travaille pas  
Travaille dans un atelier protégé agréé en vertu de la législation relative au reclassement social des moins-valides  
Ne travaille pas dans un atelier protégé mais ailleurs (à spécifier)  
Est inscrit comme demandeur d'emploi depuis  
Bénéficie d'allocations de chômage, d'attente ou de maladie (supprimer ce qui n'est pas d'application) depuis  
Est lié par un contrat ou un engagement d'apprentissage depuis

**5 DEMANDEUR**

Fait à:  
Le:  
Signature:

**6 PROCEDURE**

Vous complétez le formulaire **F-013** en **1 exemplaire** et vous le transmettez au **SSGPI**.