santé
famille
retraite
services

ATTESTATION MENSUELLE POUR LES PERSONNES AU CHÔMAGE

Pour nous contacter :

-

-

-

-

Numéro de sécurité sociale ou MSA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Pour nous permettre de calculer votre droit à l'AJPP et/ou au complément pour frais, vous devez nous retourner ce document complété et signé

Votre Caisse de MSA

Attestation à compléter par vous-même

Pour le mois de |__|__| |__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur que l'état de santé de l'enfant _____ ne m'a pas permis de rechercher un emploi : oui ☐ non ☐

Le montant des frais engagés par l'état de santé de l'enfant_____

s'élève à _____ €

A_____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L. 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal).
La MSA vérifie l'exactitude des déclarations.
La loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.