



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

1 - VOTRE IDENTITÉ

NOM DE NAISSANCE : _____	PRÉNOM : _____
NOM DU MARI (s'il y a lieu): _____	DATE DE NAISSANCE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
ADRESSE : _____	
CODE POSTAL : _ _ _ _ _	VILLE : _____
TÉLÉPHONE (conseillé) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	E-MAIL (conseillé) : _____
N° SÉCURITÉ SOCIALE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ CLÉ _ _	
<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E) <input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> VIE MARITALE	

2 - IDENTITÉ DU CONJOINT OU CONCUBIN OU DU PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

NOM DE NAISSANCE : _____	PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	DATE DE MARIAGE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
DATE DU DÉCÈS (éventuel): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
N° SÉCURITÉ SOCIALE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ CLÉ _ _	
ACTIVITÉ : _____	

3- AUTRES PERSONNES À CHARGE

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION

La notice explicative ci-jointe a pour objet de vous aider à remplir votre demande de prise en charge.

JUSTIFICATIFS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

-► ● Photocopies de tous les certificats de travail ou, à défaut, de tous les bulletins de salaire.

-► ● Photocopie du dernier bordereau de paiement des indemnités journalières (I.J.) par la Sécurité sociale.
-► ● Photocopie du dernier bordereau de paiement des I.J. par la Sécurité sociale ou de la rente accident de travail.
-► ● Photocopie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité et du dernier avis de règlement.

-► ● Justificatif de la médecine du travail (uniquement en cas de reclassement), qui doit indiquer que votre reclassement est consécutif à un accident du travail intervenu dans l'exercice de votre métier de conducteur de véhicule de plus de 3,5 tonnes.

-► ● L' imprimé * demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse signée uniquement **(ne pas dater), remplir la partie demandeur.**

-► ● Déclaration de bénéficiaire (dans l'hypothèse où l'ordre indiqué au point i de la page 3 de la notice explicative ne conviendrait pas).

-► ● Relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (original).
 - Photocopie de votre carte nationale d'identité (recto-verso) ou de votre passeport en cours de validité ; à défaut, photocopie de votre livret de famille régulièrement tenu à jour ou extrait de votre acte de naissance (original).

Vous devez obligatoirement certifier la conformité des photocopies produites en apposant sur chacune d'elles la mention « photocopie certifiée conforme à l'original » suivie de la date et de votre signature.
 - Photocopie de l'attestation délivrée par votre centre de Sécurité sociale jointe à votre carte vitale. Dans l'hypothèse où votre conjoint serait lui-même assuré principal, nous adresser l'attestation le concernant.
 - Photocopies de vos deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition.
 - Photocopie du Relevé de carrière (relevé de compte individuel) de la Sécurité sociale mentionnant le nombre de trimestres de cotisations (à demander à la caisse de Sécurité sociale de votre lieu de résidence).
 - Attestation de salaire ci-jointe, établie par votre employeur, des 12 derniers mois civils précédant la demande.
 - Photocopies des bulletins de paie des 12 derniers mois civils précédant la demande (en cas de congés payés réglés par une caisse, joindre les bordereaux relatifs aux règlements intervenus au cours de la période). Dans l'hypothèse où durant **l'intégralité** de cette période vous auriez été en arrêt de travail pour un motif médical, adressez les photocopies des bulletins de paie correspondant aux 12 derniers mois civils qui ont précédé votre interruption d'activité.
 - Photocopie recto-verso de votre permis de conduire.
 - Reconstitution de carrière **complétée, datée et signée.**

**ATTESTATION
à remplir par votre employeur actuel**

Nous, soussignés, _____

Code activité NAF/NACE (ou APE) _____

certifions employer M. _____
NOM PRENOM

depuis le _____⁽¹⁾ à temps complet du _____ au _____
 à temps partiel du _____ au _____

motif : _____

dans le cadre d'un : C.D.I. C.D.D.

en qualité de _____ d'un véhicule de + 3,5 t de PTAC
 - 3,5 t de PTAC

⁽¹⁾ Dans l'hypothèse où cette attestation regrouperait des périodes d'activité effectuées dans plusieurs sociétés (appartenance à un même groupe, fusion-absorption, rachat d'entreprise, etc.), indiquer ci-dessous les raisons sociales et adresses de celles-ci ainsi que les périodes d'emploi et les fonctions précises occupées.

Dans le cas contraire, indiquer NEANT dans la colonne raison sociale.

DATE D'ENTREE	DATE DE SORTIE	RAISON SOCIALE ET ADRESSE	CODE ACTIVITE NAF ou APE	EMPLOI EXACT OCCUPE

Pour la retraite complémentaire, il cotise :

- à la caisse ARRCO (non cadre, cadre TA) CARCEPT autre : _____
(A PRECISER)

- à la caisse AGIRC (cadre TB) _____
(A PRECISER)

C.C.N appliquée : convention collective nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport
 autre CCN _____
(A PRECISER)

Nous lui avons versé au cours des 12 mois civils précédant le (date de dépôt de la demande de dossier) les salaires bruts suivants (**hors frais professionnels**) :

Mois de	Salaires réels (NE PAS INDIQUER LES CENTIMES)	Salaires complémentaires ⁽¹⁾	
		Montant	Motif
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
_____	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	_____
TOTAL	(A) <input type="text"/> €	(B) <input type="text"/> €	= <input type="text"/> €

(1) En cas de **baisse de la rémunération mensuelle de base** consécutive à un arrêt de travail pour motif médical ou à une période de congés payés réglés par une caisse, indiquer dans la colonne SALAIRES COMPLEMENTAIRES le **montant de celle-ci** ainsi que le motif (maladie, accident du travail, congés payés).

Le total des colonnes A et B doit correspondre à la rémunération normale du salarié durant la période de référence.

Nous certifions également avoir pris connaissance des dispositions prévues par l'article VI de l'accord du 28 mars 1997 et rappelées ci-dessus :

"Toute cessation d'activité d'un salarié dans les conditions prévues au présent accord doit donner lieu, dans l'entreprise qui employait le bénéficiaire du CFA, à l'embauche, prioritairement, d'un jeune de moins de 30 ans ou, à défaut, d'un conducteur quel que soit son âge, dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée à temps plein. Lorsque l'employeur est amené à embaucher un conducteur en application des dispositions du présent alinéa, il en informe l'inspection de travail des transports. Cette embauche doit intervenir au plus tard dans les 3 mois **suivant** la date de départ effectif de l'entreprise du bénéficiaire du CFA."

Fait à _____, le

Signature et cachet OBLIGATOIRES
de l'entreprise :


Veillez nous indiquer le nom de la personne à contacter : M. : _____

 :

Toute fausse déclaration peut entraîner des poursuites.

FONDS DE GESTION DE CONGÉ DE FIN D'ACTIVITÉ

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901

174 rue de Charonne - TSA 73001 - 75126 Paris cedex 11 -  N° indigo 0 820 220 202 - Fax : 01 44 93 81 85
www.groupe-do.fr - cfa@groupe-do.fr 0,12 € TTC / MIN