FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE
SERVICE ASSISTANTE MATERNELLE

TIGNES
MAIRIE
République Française
Savoie

Vous		***Votre conjoint,e ; concubin,e ou pacsé,e***	
☐ Monsieur		☐ Monsieur	
☐ Madame		☐ Madame	
Nom		*Nom*	
Prénoms		*Prénoms*	
Numéro de Sécurité sociale		*Numéro de Sécurité sociale*	
Numéro allocataire CAF		*Numéro allocataire CAF*	
Numéro Pajemploi		*Numéro Pajemploi*	

Enfant concerné 1

Fin du dispositif au 31/08 de l'année des 3 ans de l'enfant

Nom			
Prénom			
Date de naissance		*Date fin dispositif*	**31/08/……..**

Enfant concerné 2

Nom			
Prénom			
Date de naissance		*Date fin dispositif*	**31/08/……..**

Enfant concerné 3

Nom			
Prénom			
Date de naissance		*Date fin dispositif*	**31/08/……..**

Assistante maternelle de Tignes employée

Nom	
Prénom	

Période de garde envisagée

Date de début de garde	
Date de fin de garde	

Documents à joindre par la famille	**Date limite de transmission de documents**
1 - Bulletin de salaire Pajemploi URSSAF	
2 - Copie de livret de famille (parent/enfant concerné) *	Avant le 20 avril pour le 1er trimestre
3 - RIB*	Avant le 20 juillet pour le 2ème trimestre
4 - Justificatif de domicile*	Avant le 20 octobre pour le 3ème trimestre
**1ère demande*	Avant le 20 janvier pour le 4eme trimestre

La contribution, que la Commune de Tignes octroie chaque trimestre, est calculée sur la base de 26% du salaire net payé par l'employeur à l'assistante maternelle. Cette aide ne tient pas compte des indemnités d'entretien, de repas, kilométriques ni des indemnités congés payés, compensatrices de préavis, de la prime de précarité.