



AJPA

Attestation mensuelle pour les non-salariés, les VRP et les salariés du particulier employeur

Nom : Prénom :

Numéro de Sécurité sociale :

Pour le mois de / , j'atteste avoir cessé ou diminué mon activité jours pour m'occuper d'un ou de plusieurs proches en situation de perte d'autonomie ou de handicap.

Rappel de l'identité de la personne aidée :

Nom :

Prénom :

La situation de cette personne a-t-elle changé depuis votre dernière déclaration ? Oui Non

La personne aidée a-t-elle perçu :

- la prestation de compensation ? Oui Non
- l'allocation personnalisée d'autonomie ? Oui Non

Cette allocation sert-elle à vous rémunérer ? Oui Non

Continuez-vous à vous occuper de votre proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie ? Oui Non

Si vous avez cessé de vous en occuper de façon définitive, précisez la date de fin __/__/__ et le motif :

- Suspension du congé proche aidant à votre initiative
- Décès de la personne aidée
- Placement de la personne aidée en établissement
- Cas de recours à un service d'aide a domicile pour assister la personne aidée
- Autre, précisez :

Fait à Le

Signature :