

**Pour vous aider****Sous-direction des pensions**

5 place de Verdun - BP 60000

17016 LA ROCHELLE CEDEX 1

Tél. 05 46 50 23 37

Tél. (33) (0) 5 46 50 23 37

sdp.info-conseils.fct@intradef.gouv.fr

**DEMANDE DE MAJORATION POUR ENFANT
adopté ou recueilli, ou atteint d'un handicap**

Ne concerne que les titulaires d'une pension d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Vous souhaitez formuler une demande de majoration pour enfant.

Votre ou l'un de vos enfants est-il adopté ou recueilli ?

 OUI NON

Si OUI, vous pouvez remplir la présente demande.

SI NON, votre ou l'un de vos enfants est-il handicapé ?

 OUI NON

Si OUI, vous pouvez remplir la présente demande.

Si NON, veuillez ne pas remplir cette demande et vous adresser directement au **Centre de gestion des retraites**, qui assure le paiement de votre pension d'invalidité (code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre).

Si vous le connaissez, veuillez préciser votre numéro de dossier attribué par la sous-direction des pensions :

Cadre 1 ►**Votre identité**

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Pays :

Nationalité :

Situation de famille :

 Célibataire ou concubinage Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e)

Adresse

Tél domicile :

Portable :

E-mail :

Pour les personnes de nationalité française : n° de sécurité sociale :

Cadre 2 ►**Identité de votre ou vos enfants**

Nom et prénoms des enfants	Filiation ⁽¹⁾	Date de naissance	Enfant handicapé ⁽²⁾	Prise en charge de l'enfant	
				Date de début	Date de fin

(1) précisez adopté ou recueilli. Si enfant handicapé, précisez légitime, naturel reconnu, adopté ou recueilli
 (2) précisez OUI ou NON

Cadre 3 ►**A ne remplir que dans le cas d'un enfant atteint d'un handicap**

Les coordonnées du médecin de mon ou mes enfants sont :

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

Si vous êtes âgé de 20 ans ou plus, veuillez compléter le formulaire « Déclaration de ressources et d'activité salariée ».

Cadre 4 ►**Information**

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L.151-5 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre :

« Les renseignements médicaux ou pièces médicales dont la production est indispensable pour l'examen des droits définis au présent livre sont communiqués sur leur demande aux services administratifs chargés de l'instruction des demandes de pension, de la liquidation et de la concession des pensions, dans des conditions de confidentialité et de respect du secret médical définies par décret en Conseil d'Etat.

Les pensionnés et demandeurs de pension ont droit à obtenir communication des documents médicaux mentionnés au premier alinéa ainsi que des documents les concernant établis dans le cadre de l'examen de leurs droits à pension. »

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la sous-direction des pensions du ministère des armées. Ce fichier permet le traitement des demandes de pensions d'invalidité formulées en application du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Les réponses apportées aux questions figurant dans ce formulaire revêtent un caractère obligatoire pour un traitement facilité de votre demande.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la sous-direction des pensions 5 place de Verdun BP 60000 17016 La Rochelle CEDEX 1.

Date

signature

(n'oubliez pas de signer)

Dans le cas d'une mise sous tutelle ou curatelle, signature du représentant

Cadre réservé à l'organisme recevant la présente demande :

Nom de l'organisme et cachet :

Date de réception :

Pièces nécessaires

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les enfants de nationalité française ▪ Pour les enfants de nationalité étrangère : tous les documents doivent être traduits en langue française 		Demande de majoration pour enfant ou pour enfant handicapé avant 18 ans	Demande de majoration pour enfant handicapé à compter de 18 ans
Etat civil	Copie du livret de famille (français) ou document similaire pour les étrangers	X	X
	Extrait de l'acte de naissance de l'enfant	X	X
	Si enfant adopté ou recueilli : copie du jugement	X	X
	Si enfant protégé : copie du jugement de tutelle ou curatelle et le certificat de non-recours	X	X
	Si enfant handicapé : <ul style="list-style-type: none"> ▪ copie de la carte d'invalidité de l'enfant avec période de validité en cours ou définitive, ▪ copie des bulletins de salaire de l'enfant (année en cours + année n-1), le cas échéant. 		X
Pièces médicales	Si enfant handicapé : certificat d'un médecin précisant son handicap et la date d'apparition		X

X Document à joindre à la présente demande