

Numéro allocataire :

Service : Contentieux – recouvrement (C1 CRA)

**Nature et rang de la créance :**

**Objet : Demande remise de dette**

Par lettre du / / , la Caisse d'allocations familiales m'informe que j'ai perçu à tort des prestations et je dois à la Caisse la somme de €

Je suis actuellement dans l'impossibilité de rembourser la somme que la Caf me réclame. Je sollicite une remise de dette, pour les motifs suivants :

*(Exemple d'éléments utiles pour une demande de remise : expliquer pourquoi les éléments n'ont pas été transmis ou ont été transmis tardivement à la Caf, indiquer quelle est votre situation financière et/ou familiale actuelle, surendettement, des remboursements déjà intervenus sur la créance...).*



Rue du Dr Gabriel Péry  
33078 Bordeaux-cedex  
www.caf.fr

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à , le

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Signature du demandeur

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1, L.835-5 du code de la Sécurité sociale - Article L 351-13 du code de la construction et de l'habitation - Article 441-1 du code pénal). La Caf 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.

MAJ 1/02/2013

Matricule :

Dossier suivi par : .....

Service : **Prestations**

**N° créance :**

**Objet : Demande remise de dette**

Bordeaux, le .....

Madame, Monsieur,

Vous avez reçu dernièrement une demande de remboursement et vous souhaitez obtenir une éventuelle remise totale ou partielle de cette dette.

Cette demande peut faire l'objet d'une étude de la part de la commission de Recours Amiable.

Si vous désirez saisir cette commission, veuillez compléter le verso de cet imprimé et le retourner à :

**commission de recours amiable  
rue du docteur Gabriel Péry  
33078 Bordeaux cedex**

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Votre Caisse d'Allocations Familiales.



Rue du Dr Gabriel Péry  
33078 Bordeaux-cedex  
www.caf.fr

## Questionnaire concernant TOUTES LES PERSONNES AU FOYER

### ► Allocataire et conjoint (marié(e), séparé(e), veuf(ve), vie maritale, célibataire, pacsé(e))\*

Nom	Prénom	Date de naissance	Nature des revenus (Salaires, chômage, pensions, indemnités...)	Montant Mensuel
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

\* entourer la mention utile

### ► Enfants bénéficiaires de prestations familiales

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation (scolaire, stagiaire, autres)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### ► Enfants non bénéficiaires de prestations familiales

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation (étudiant, sans activité, salarié, autres)	Revenus Mensuels
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### ► Personnes autres que le ménage et les enfants

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Revenus Mensuels
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### ► Charges mensuelles

Montant du loyer : ..... éventuellement pension alimentaire : .....

Remboursements de prêts de crédits (à préciser) : .....

**Cadre réservé à la caisse**

Montant des PF :

*Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent questionnaire et que les documents joints sont exacts.*

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du demandeur

La loi punit de peines sévères toute personne qui se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 554.1 à L 554.4 du Code de la Sécurité Sociale).