santé
famille
retraite
services

AJPA

Attestation mensuelle pour les stagiaires de la formation professionnelle rémunérée

Nom : …….…… **Prénom :** …….……..

Numéro de Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

à compléter par l'organisme de formation

Le formateur ……..
atteste que la personne désignée ci-dessus a suspendu sa formation pour le mois de |__|__| |__|__|__|__| .

Signature et cachet de l'organisme de formation

Fait à …… le ……

à compléter par vous-même

Pour le mois de |__|__| |__|__|__|__| , 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 :