

**10. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR DE LA PENSION DE REVERSION
OU TEMPORAIRE D'ORPHELIN**

Nom Patronymique :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance

N° Sécurité Sociale : _____ / _____

Lien avec l'agent :

Adresse (étage, appart, bât....):	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Mail :

Le demandeur :

Est-il destinataire du courrier : Oui Non

Ouvre-t-il droit à prestations familiales : Oui Non

Est-il destinataire du paiement : Oui Non

S'agit-il d'un compte joint : Oui Non

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE



**Centre de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale
du Gard**

LIQUIDATION DE PENSION CNRACL & RAFF

1. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Collectivité (s) ou Ets Public (s) :
SIRET collectivité 1:
SIRET collectivité 2:
Personne à contacter:
N° Tél. Collectivité : Adresse mail:

2. IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom Patronymique :

Nom d'Usage :

Prénoms :

Date de naissance : Nationalité :

N° Sécurité Sociale : N° Affiliation CNRACL :

Adresse (étage, appart, bât....):	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	Mail :

Agent intercommunal ou pluricommunal: OUI NON

est-il imposable : OUI NON (joindre avis d'imposition si coche NON)

est-il sous tutelle ou curatelle : OUI NON (joindre jugement si coche OUI)

est-il titulaire d'une pension dans un autre régime depuis le 1er janvier 2015 :

OUI NON

3. DATE DE RADIATION DES CADRES SOUHAITEE

Age Légal Pension d'Invalidité Date du Départ :/...../.....

Départ Catégorie Active Pension de Réversion Dernier jour de paie :/...../.....

Parent 3 enfants Carrière Longue

Demande de Retraite Additionnelle de la Fonction Publique (R.A.F.P.)

Rappel: Pas de droits anticipés / Date d'effet = âge légal

Date de la Demande :/...../.....

Date d'Effet :/...../.....

4. UNIONS (Joindre copie du (des) livret de famille complet)

Nature de la 1ère Union (1) :

Date de Début : _____ Date de fin : _____

Identité du Conjoint :

Nom Patronymique : _____ Nom d'usage : _____ Sexe: F M

Prénoms : _____ NIR : _____

Date de naissance : ____/____/____ Date de décès éventuel : ____/____/____

Le conjoint est-il reconnu inapte à l'exercice d'une quelconque profession ? Oui Non

Enfant(s) issu(s) de l'union :

Nom Patronymique	Prénoms	Date de naissance	Date de décès	Lien (2)	Période à charge de l'agent	L'enfant est-il infirme (3)
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Nature de la 2ème Union (1) :

Date de Début : _____ Date de fin : _____

Identité du Conjoint :

Nom Patronymique : _____ Nom d'usage : _____ Sexe: F M

Prénoms : _____ NIR : _____

Date de naissance : ____/____/____ Date de décès éventuel : ____/____/____

Le conjoint est-il reconnu inapte à l'exercice d'une quelconque profession ? Oui Non

Enfant(s) issu(s) de l'union :

Nom Patronymique	Prénoms	Date de naissance	Date de décès	Lien (2)	Période à charge de l'agent	L'enfant est-il infirme (3)
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) Mariage, PACS ou concubinage (seulement si un enfant issu de l'union)

(2) L (légitime), A (adoptif), N (naturel)

(3) Si oui joindre une attestation sur l'honneur, indiquant les périodes d'éducation à domicile en institut de jour

(4) Enfant né avant le 1er janvier 2004

(5) Réservée aux agents féminins ; enfants nés après le 1er janvier 2004 et après recrutement dans la fonction publique

5. ENFANTS NON ISSUS D'UNE UNION (joindre copie du ou des livrets de famille)

Autre(s) enfant(s) élevé(s) par l'auteur du droit enfant naturel, recueilli, du conjoint....

Nom Patronymique	Prénoms	Date de naissance	Date de décès	Période à charge de l'agent	Lien (2)
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	
		____/____/____	____/____/____	du ____/____/____ au ____/____/____	

(2) L : Légitime

A : Adoptif

T : pour placé sous Tutelle

N : pour Naturel

D : pour Délégation des droits de l'autorité parentale

R : pour Recueilli à charge

X : pour autre enfant

6. SERVICES MILITAIRES

Date de début : _____

Date de fin : _____

Appelé ou Engagé

Exempté

Réformé

Ces services sont déjà rémunérés dans une pension

OUI

NON

7. PERIODE DE PERCEPTION DE LA NBI POUR LES AGENTS CNRACL

Joindre tous les arrêtés correspondant au période de versement de la NBI (attribution, retrait)

8. SITUATION INDICIAIRE AU JOUR DE LA RADIATION DES CADRES

Joindre l'arrêté correspondant

9. SITUATION INDICIAIRE ANTERIEURE

Joindre l'arrêté correspondant