

Modification du temps de garde de l'enfant

Allocation famille

Remplissez ce formulaire **seulement** si votre temps de garde mensuel pour un enfant a changé en raison de l'une des situations suivantes et que **vous recevez déjà** l'Allocation famille pour cet enfant :

- Il **résidait** avec vous plus de 60 % du temps et **il est maintenant en garde partagée**.
- Il était en garde partagée et **réside maintenant avec vous plus de 60 % du temps**. Dans ce cas, le formulaire doit aussi être signé par l'autre personne qui avait droit au paiement pour le même enfant.

Nous déterminons qu'une garde partagée existe quand l'enfant réside entre 40 % et 60 % du temps par mois avec chaque parent. Exemple: 40 % = 3 jours par semaine, 50 % = une semaine sur deux, 60 % = 4 jours par semaine.

Avisez-nous rapidement de tout changement concernant votre situation conjugale à la suite de la modification de la garde des enfants. S'il y a lieu, vous devez également remplir le formulaire *Changement de situation conjugale* disponible sur notre site au www.retraitequebec.gouv.qc.ca.

Veuillez écrire en lettres détachées.

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

1. Renseignements sur votre identité

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Nom de famille | Prénom | |
| | Date de naissance année mois jour | Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom) | |
| Votre adresse (numéro, rue, appartement) | | | |
| Ville | Province | Pays | Code postal |
| Téléphone ind. rég. | Autre ind. rég. | Poste | |
| Quel est votre lien avec l'enfant? <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre. Précisez: _____ | | | |

2. Renseignements sur l'identité de la personne qui obtient ou n'a plus la garde partagée d'un enfant

| | | | |
|--|--|------------------------------------|-------------|
| Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Nom de famille | Prénom | |
| | Date de naissance année mois jour | Adresse (numéro, rue, appartement) | |
| Ville | Province | Pays | Code postal |
| Téléphone ind. rég. | Autre ind. rég. | Poste | |
| Quel est son lien avec l'enfant? <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre. Précisez: _____ | | | |

3. Renseignements sur l'identité de l'enfant pour lequel votre temps de garde a changé

| | | | |
|---|--|--|-----------------|
| Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Nom de famille | Prénom | |
| | Date de naissance année mois jour | Nom de famille de sa mère à la naissance (sans son prénom) | |
| Sur une base mensuelle, indiquez le pourcentage du temps pendant lequel l'enfant réside avec : | | | |
| Vous | _____ % | + l'autre personne | _____ % = 100 % |
| | année mois jour | | |
| Depuis quelle date? _____ | | | |

Exemples: 40 % = 3 jours par semaine
50 % = une semaine sur deux
60 % = 4 jours par semaine

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Autre enfant pour lequel votre temps de garde a changé

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Nom de famille | Prénom |
| | Date de naissance <small>année mois jour</small> | Nom de famille de sa mère à la naissance (sans son prénom) |

Sur une base mensuelle, indiquez le pourcentage du temps pendant lequel l'enfant **réside** avec :

Vous _____ % + **l'autre personne** _____ % = 100 %
année mois jour

Exemples : 40 % = 3 jours par semaine
50 % = une semaine sur deux
60 % = 4 jours par semaine

Depuis quelle date? _____

Si vous désirez inscrire plus de deux enfants, veuillez nous fournir, sur une feuille séparée, les renseignements demandés sur chacun des enfants et votre numéro d'assurance sociale. **Vous et l'autre personne devez signer la feuille et la joindre au formulaire.**

4. Déclaration et signatures

Une fausse déclaration est une infraction et peut entraîner des conséquences.

Je déclare que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont complets et exacts.

Votre signature _____ **Date** _____
année mois jour

Signature de l'autre personne _____ **Date** _____
année mois jour

Notez que la signature de cette personne n'équivaut pas à une demande d'Allocation famille. Si **elle ne reçoit pas** le paiement présentement, elle devra remplir une demande.

Si vous ne pouvez pas obtenir la signature de l'autre personne, expliquez-en la raison :

Si l'autre personne ne signe pas, nous devons effectuer, auprès de vous deux, des vérifications qui prolongeront le traitement de votre demande.

Si vous avez rempli ce formulaire pour une autre personne, veuillez indiquer votre identité :

| | |
|----------------|--------|
| Nom de famille | Prénom |
|----------------|--------|

À titre de

Téléphone _____ ind. rég. Autre _____ ind. rég. Poste _____

Signature _____ **Date** _____
année mois jour

L'Allocation famille peut être versée rétroactivement pour une période de 11 mois précédant la date de réception de votre demande. Si vous avez droit à un versement rétroactif et que des sommes ont été versées en trop à la personne qui avait la charge de l'enfant, celles-ci lui seront réclamées. Après l'analyse d'une demande, des sommes peuvent être réclamées pour les trois années antérieures.

Pour obtenir plus de renseignements**Par Internet**

Mon dossier

Accédez à votre dossier
en tout temps

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone

Région de Québec: **418 643-3381**
Région de Montréal: **514 864-3873**
Sans frais: **1 800 667-9625**

Veuillez retourner le formulaire à :

Retraite Québec, case postale 7777, Québec (Québec) G1K 7T4