طلب الحصول على التعويضات العائلية

DEMANDE DE PERCEPTION D'ALLOCATIONS FAMILIALES

الضمان الاجتماعي
CNSS

رمز الوكالة
Code agence :

رقم الملف
N° Dossier :

استلم في
Réceptionné le :

من طرف
Par :

مرجع رقم : 311-1-14 Réf :

Nom et prénom du demandeur	الاسم العائلي و الشخصي لصاحب الطلب	N° Immatriculation	رقم التسجيل
Nom et prénom du conjoint	الاسم العائلي و الشخصي للزوج (ة)	N° Immatriculation	رقم التسجيل

Qualité du demandeur — **صفة صاحب الطلب**

أجير Salarié		ذو راتب Pensionné(e)		أرمل (ة) Veuf(ve)		مطلق (ة) Divorcé(e)		وصي Tuteur allocataire		ذو عجز بدني 70% Rente IPP 70%	

Nature de la demande

طلب أصلي Demande initiale		طلب إضافي Demande supplémentaire		تحويل استحقاق Transfert de droit		أطفال معاقين 21 سنة Enfants handicapés 21 ans et plus	

Pièces fournies — **الوثائق المدفوعة**

Nature des pièces — نوع الوثائق	عدد الأطفال Nombre d'enfants	عدد الوثائق Nombre de pièces
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Adresse du demandeur — عنوان صاحب الطلب

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

إمضاء وطابع الوكالة
Signature et cachet de l'Agence

Réservé à l'agence de la CNSS — **خاص بوكالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي**

لس E.C 1	وثائق C/Pièces 5 7	تاريخ الطلب Date de la demande 8 11	ج J 44	تاريخ الازدياد Date de Naissance 46 51	الاسم الشخصي Prénom 52 66	تاريخ الوفاة Date de décès 67 70

Réception	Codification	Saisie	Contrôle DR	Validation Agence
Le.....	Le.....	Le.....	Le.....	Le.....
Par.....	Par.....	Par.....	Par.....	Par.....