



ARFS

AIDE A LA REINSERTION FAMILIALE ET SOCIALE
DES ANCIENS MIGRANTS DANS LEUR PAYS D'ORIGINE

Art.L117-3, R117-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Demande individuelle

1 • Etat civil (à compléter par le demandeur ou son représentant légal)

Madame Monsieur

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Lieu de naissance : _____

Pays : _____

N° de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel : _____ @ _____

Joindre la copie de l'attestation de la Sécurité Sociale

Si le demandeur est un majeur protégé (à compléter par le représentant légal) :

Nom du représentant légal : _____

Adresse du représentant légal : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|

Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel : _____ @ _____

Mandataire à la protection des majeurs Tuteur familial

Joindre la copie intégrale du jugement de tutelle

4 • Ressources (à compléter par le demandeur ou son représentant légal)

Avez-vous pratiqué une activité professionnelle ? oui non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Nature des activités exercées*	Années	Pays d'exercice

*salarié, artisan, militaire, salarié agricole, fonctionnaire, commerçant, exploitant agricole, autres

Si oui, avez-vous fait valoir vos droits à la retraite ? oui non

**Joindre une copie du dernier avis d'impôt
et une attestation de paiement récente de votre retraite étrangère**

5 • Inaptitude au travail (à compléter par le demandeur ou son représentant légal)

Si vous avez moins de 65 ans, êtes-vous inapte au travail ? oui non

**Si oui, joindre le rapport médical d'inaptitude au travail (imprimé spécifique)
ou justification AAH (CAF ou avis de la MDPH en cours de validité)
ou notification d'attribution de votre retraite**

6 • Paiement (à compléter par le demandeur ou son représentant légal)

Mode de paiement demandé :

sur votre compte personnel sur le compte du représentant légal

Joindre un relevé d'identité bancaire

Cette demande et tous les justificatifs doivent être envoyés à :

Caisse des Dépôts
Fonds de gestion de l'ARFS - Pièce 5225
Rue du Vergne - 33059 Bordeaux cedex

7 • Renouvellement de l'aide (à lire par le demandeur ou son représentant légal)

L'aide à la réinsertion familiale et sociale (ARFS) permet à son bénéficiaire d'effectuer des allers-retours entre la France et son pays d'origine. Dans ce cadre, les séjours effectués hors de France doivent être de longue durée (+ de 6 mois par année civile). Le respect de cette condition est vérifié sur une période de 2 ans.

L'aide peut être renouvelée chaque année dans les mêmes conditions que pour son attribution (sauf pour la condition de résidence préalable de 15 ans en France). Le bénéficiaire doit en faire la demande en transmettant au service gestionnaire l'imprimé de renouvellement accompagné des justificatifs suivants :

- avant le 1^{er} octobre de chaque année :
 - Un certificat de vie (exclusivement modèle N° 11851*02) www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2543
 - Une copie de son dernier avis d'impôt
 - Une copie de son titre de séjour en cours de validité (si non ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse)
 - Une attestation de résidence dans un foyer de travailleurs migrants ou une résidence sociale, indiquant un hébergement en France datant de moins d'un an.
- au moins 1 fois tous les 2 ans :
 - Un justificatif des séjours effectués dans le pays d'origine (passeport).

RAPPEL : pour bénéficier de l'ARFS, le demandeur s'engage à effectuer des allers-retours dans son pays d'origine et à son retour en France, à séjourner dans un foyer de travailleurs migrants ou une résidence sociale. Dans ce cadre, les séjours hors de France doivent être de longue durée (+ 6 mois) par an. Le respect de cette condition est vérifié sur une période de 2 ans.

En signant sa demande d'ARFS, le demandeur s'engage à respecter ces conditions. Le non respect de ces conditions ou la non transmission des justificatifs demandés entraînera une annulation du droit et la notification d'une créance. Le bénéficiaire conserve la possibilité de renoncer à cette aide à tout moment, en avertissant le service gestionnaire 2 mois avant la date de son renouvellement.

8 • Lieu de résidence (à compléter par le demandeur ou son représentant légal)

Pour tout échange administratif, merci d'indiquer l'adresse de votre lieu de résidence hors du territoire français (obligatoire).

Pays : _____

Je soussigné(e) (à compléter par le demandeur ou son représentant légal) M _____ certifie l'authenticité des renseignements et documents fournis.

Fait à : _____

Le : | | | | | | | | | |

Signature obligatoire du demandeur

Conformément à l'article D117-24 du code de l'action sociale et des familles, nous vous informons que tout changement de situation doit être déclaré dans les meilleurs délais. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 et suivants, article 433-19, articles 441-1 et suivants du code pénal).

Conformément aux dispositions des articles 38 à 40 de la loi du 6 janvier 1978, modifiée, les droits d'accès, de modification, de rectification et d'opposition des personnes physiques dont les données personnelles font l'objet du présent traitement s'exercent auprès du Correspondant Informatique et Libertés de la Caisse des dépôts et consignations situé 26 rue de Lille, 75007 Paris. Les demandes peuvent également être adressées par courrier électronique à l'adresse suivante : CIL@caissedesdepots.fr