

Prestations complémentaires pour familles

Remboursement des frais de garde pour enfants

Informations importantes

- Selon la Loi sur les prestations complémentaires pour les familles (LPCFam), si vous bénéficiez d'une prestation complémentaire annuelle pour familles, vous avez droit au remboursement des frais engagés dans l'année civile en cours pour la garde des enfants inclus dans le calcul.
- Pour obtenir le remboursement des frais de garde d'enfants, vous devez **impérativement** joindre ce formulaire à vos factures. Sans ce formulaire, votre demande ne pourra pas être traitée.
- Les frais de garde pour enfants peuvent être remboursés lorsqu'ils sont **nécessaires** pour suivre une formation, une mesure d'accompagnement social, permettre aux parents d'exercer une activité professionnelle ou en cas d'atteinte à la santé.
- Vous devez envoyer votre demande de remboursement dans un **délai de 6 mois** après la date de la facture. Les frais de garde doivent être justifiés par des **factures officielles**.
- Seule la personne qui perçoit les prestations complémentaires pour familles (l'ayant droit) peut demander le remboursement des frais, pour elle-même et pour les membres de sa famille.
- Dans les points 1 et 2 du formulaire, indiquez uniquement les informations concernant l'ayant droit (la personne bénéficiant des prestations), sans mentionner les autres membres de votre famille.
- Le formulaire dûment rempli, signé et accompagné de toutes les annexes doit être transmis soit par courrier à la Caisse de compensation du canton de Fribourg, Section APG – PC Familles, case postale, 1762 Givisiez soit par le formulaire de contact sur notre site internet www.ecasfr.ch/contact (les documents doivent être remis en format PDF et le numéro AVS doit être mentionné dans l'objet de votre courriel).
- Les frais de garde sont remboursés pour un maximum de 5 jours par semaine, 48 semaines par an, selon les tarifs minimaux suivants :
 - **Structures d'accueil** : 18 francs par jour (jusqu'à 4'320 francs par an)
 - **Accueils familiaux de jour** : 24 francs par jour (jusqu'à 5'760 francs par an)
 - **Accueil extrascolaire** : Selon le tarif effectif facturé par la structure

1. Informations sur l'ayant droit

Numéro AVS : _____

Nom, Prénom : _____

Rue/No : _____

NPA / Lieu : _____

No de téléphone : _____

E-mail : _____

2. Remboursement

Le remboursement des frais de garde sera effectué sur le compte sur lequel l'ayant droit perçoit les prestations complémentaires pour familles. En cas de changement de compte bancaire, nous vous prions de nous le communiquer par le biais du formulaire de contact sur notre site internet : www.ecasfr.ch/contact.

3. Informations sur la garde

Indiquez :

- Le nom, le prénom et la date de naissance de l'/des enfant-s.
- La période durant laquelle la garde a eu lieu.
- Le nom de la crèche ou de la structure d'accueil.

Attention : Les frais de garde effectués par des personnes privées (en dehors d'une organisation agréée) ne sont pas pris en charge.

Nom, prénom	Date de naissance	Période de garde	Désignation de la structure
			☐ crèches / garderies ☐ accueils familiaux de jour ☐ accueil extrascolaire
			☐ crèches / garderies ☐ accueils familiaux de jour ☐ accueil extrascolaire
			☐ crèches / garderies ☐ accueils familiaux de jour ☐ accueil extrascolaire
			☐ crèches / garderies ☐ accueils familiaux de jour ☐ accueil extrascolaire

4. Situation justifiant la garde

Veuillez préciser pour quelle raison la garde était nécessaire, en cochant la situation qui vous concerne :

Si vous élevez seul-e l'/les enfant-s :

- ☐ Je suis une formation, une mesure d'accompagnement social ou je travaille, et mes horaires ne me permettent pas de m'occuper de l'/des enfant-s.
 - ***Veuillez compléter les tableaux au point n°5.***
- ☐ Une atteinte à ma santé m'empêche de garder l'/les enfant-s.
 - ***Joindre un certificat médical valable au moins 3 mois prouvant que votre état de santé nécessite une garde de/des enfant-s.***

Si vous êtes deux parents et partagez la garde :

- ☐ Nous suivons une formation, une mesure d'accompagnement social ou travaillons tous les deux, et nos horaires ne nous permettent pas de nous occuper de l'/des enfant-s.
 - ***Veuillez compléter les tableaux au point n° 5.***
- ☐ Nos atteintes à la santé ne nous permettent pas de garder l'/les enfant-s (les deux parents).
 - ***Joindre un certificat médical valable pour au moins 3 mois pour chaque parent concerné prouvant que votre état de santé nécessite une garde de l'/des enfant-s.***
- ☐ Parent 1 : mon atteinte à la santé m'empêche d'assurer la garde de l'/des enfant-s.
 - ***Joindre un certificat médical valable au moins 3 mois prouvant que votre état de santé nécessite une garde de l'/des enfant-s.***
- ☐ Parent 2 : Je suis en formation, une mesure d'accompagnement social ou je travaille, et mes horaires ne me permettent pas de m'occuper de l'/des enfant-s.
 - ***Veuillez compléter les tableaux au point n° 5.***

5. Détails sur la garde

Merci de préciser ci-dessous les jours et horaires de garde de l'/des enfant-s. Par ailleurs, veuillez indiquer vos horaires de travail, de formation, ainsi que ceux de toute mesure d'accompagnement social empêchant la garde de l'/des enfant-s.

Parent 1 : Nom : _____ Prénom : _____

Jour de la semaine	Horaires pendant lesquels l'/les enfant-s doit/doivent être pris en charge.	Horaires pendant lesquels vous travaillez, suivez une formation ou une mesure d'accompagnement sociale ¹
☐ Lundi		
☐ Mardi		
☐ Mercredi		
☐ Jeudi		
☐ Vendredi		
☐ Samedi		
☐ Dimanche		

Parent 2 : Nom : _____ Prénom : _____

Jour de la semaine	Horaires pendant lesquels l'/les enfant-s doit/doivent être pris en charge.	Horaires pendant lesquels vous travaillez, suivez une formation ou une mesure d'accompagnement sociale ¹
☐ Lundi		
☐ Mardi		
☐ Mercredi		
☐ Jeudi		
☐ Vendredi		
☐ Samedi		
☐ Dimanche		

¹Veuillez joindre les justificatifs suivants :

- **Activité lucrative** : Contrat de travail et attestation des jours de travail.
- **Formation** : Plan de formation mentionnant les horaires.
- **Mesure d'accompagnement sociale** : Attestation de l'institution mentionnant les horaires de la mesure.

6. Justificatifs/annexes à joindre

Veillez joindre obligatoirement les documents suivants contenant toutes les informations nécessaires pour le remboursement :

- Copie des factures contenant le nom de la structure d'accueil, l'adresse de la structure d'accueil, la date de facture, l'enfant concerné, la période concernée et le tarif facturé.
- Attestation de non-remboursement par une autre institution.

7. Déclaration de l'ayant droit

L'ayant droit certifie que les renseignements fournis sont exacts et que les pièces justificatives sont complètes. Il/elle s'engage à signaler tout changement de situation susceptible d'influencer le droit au remboursement. Toute fausse information peut être passible de sanctions.

Lieu : _____ Date : _____ Signature du/de la requérant·e
ou de son/sa représentant·e légal·e : _____