



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

OUI  NON

### 3. DATE DE RADIATION DES CADRES SOUHAITEE

<input type="checkbox"/> Age Légal	<input type="checkbox"/> Pension d'Invalidité	
<input type="checkbox"/> Départ Catégorie Active	<input type="checkbox"/> Pension de Réversion	Date du Départ : ...../...../.....
<input type="checkbox"/> Parent 3 enfants	<input type="checkbox"/> Carrière Longue	Dernier jour de paie : ...../...../.....
<input type="checkbox"/> Retraite progressive	➔ Quotité temps partiel / temps non-complet : .....	

### 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 déduction 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 .../.../...	
		.../.../...	.../.../...	du .../.../...	
		.../.../...	.../.../...	du .../.../...	
		.../.../...	.../.../...	du .../.../...	

(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 rémunéré 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

**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**