cerfa

n° 52406#01

Demande de reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire des fonctionnaires

Fonction publique d'Etat : articles D.712-13 et suivants du code de la sécurité sociale
Fonction publique hospitalière et territoriale : articles 6 et 14 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960

Notice

Un fonctionnaire relevant de la fonction publique d'Etat, hospitalière et territoriale, temporairement dans l'incapacité physique de reprendre ses fonctions à l'issue de ses droits statutaires à congés pour raison de santé, placé en disponibilité d'office pour raisons de santé ne perçoit plus de traitement mais peut, sous certaines conditions, demander l'allocation d'invalidité temporaire (AIT). Il ne doit plus avoir droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie, et doit être atteint d'une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gains des 2/3.

Seuls les fonctionnaires titulaires ont droit à l'AIT.

Le fonctionnaire formule sa demande de reconnaissance d'une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gains des 2/3, dans l'année qui suit :

- la date d'expiration de ses droits à traitement ou à indemnités

ou

- la date de consolidation de sa blessure

ou

- la date de stabilisation de son état de santé.

Sa demande doit être complétée par l'administration, la collectivité ou l'établissement qui l'emploie, après vérification de sa situation administrative pour le bénéfice de l'allocation d'invalidité temporaire. Elle est transmise par l'administration au service médical de la Caisse primaire d'assurance maladie à laquelle le fonctionnaire est affilié.

Le service médical de la Caisse primaire d'assurance maladie se prononce sur l'attribution de l'allocation d'invalidité temporaire en donnant un avis sur l'état d'invalidité. Le cas échéant, il procède au classement dans l'un des 3 groupes suivants :

- 1er groupe : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2è groupe : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3è groupe : invalides absolument incapables d'exercer une profession et dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La Caisse primaire d'assurance maladie notifie sa décision à l'agent et en informe l'administration.

En cas de décision favorable de la CPAM, l'allocation d'invalidité temporaire est calculée et payée par l'administration qui emploie l'agent. Elle est versée pendant six mois maximum. Il est possible de demander son renouvellement selon la même procédure. Son versement cesse, si l'agent reprend ses fonctions, est mis à la retraite pour invalidité, ou atteint l'âge minimum légal de départ de la retraite.

cerfa

n° 16950*01

Demande de reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire des fonctionnaires

Fonction publique d'Etat : articles D.712-13 et suivants du code de la sécurité sociale
Fonction publique hospitalière et territoriale : articles 6 et 14 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960

Identification du fonctionnaire qui demande l'attribution de l'allocation d'invalidité temporaire

"A compléter par l'agent demandeur "

Nom et prénom(s) :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse :

Code Postal | | | | | Commune :

N° de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | date de naissance | | | | | | | | |

N° de téléphone | | | | | | | | | | courriel :

Le demandeur sollicite *(case à cocher)* :

- ☐ La reconnaissance de son état d'invalidité temporaire
- ☐ Le renouvellement de la reconnaissance de son état d'invalidité temporaire

Attestation du demandeur

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus.

Fait à ..... le | | | | | | | | |

Signature

Identification de l'administration qui emploie le fonctionnaire

"A compléter par l'administration, la collectivité ou l'établissement qui emploie l'agent demandeur "

Dénomination de l'administration :

Adresse :

Code Postal | | | | | Commune :

N° de téléphone | | | | | | | | | | courriel :

- ☐ Fonction publique territoriale
- ☐ Fonction publique hospitalière
- ☐ Fonction publique d'Etat

Atteste que le fonctionnaire qui demande la reconnaissance de son état d'invalidité temporaire a formulé sa demande dans le délai d'un an suivant :

- la date de l'expiration de ses droits statutaires à traitement ou du service des prestations en espèces de l'assurance maladie ;
- la date de consolidation de sa blessure ou de stabilisation de son état de santé ;

Atteste que :

- le fonctionnaire n'a droit, ni à une rémunération, ni aux indemnités journalières maladie et ne peut pas être mis à la retraite pour invalidité. Il réunit les conditions d'ouverture de droits pour le bénéfice de cette allocation.

L'employeur atteste l'exactitude des informations ci-dessus.

Fait à ..... le | | | | | | | | |

Signature

Cachet de l'employeur

Une fois complété, daté et signé par l'agent demandeur et l'administration qui l'emploie, le présent formulaire est adressé par l'administration au service médical de la CPAM du lieu de résidence de l'intéressé.

DOCUMENTS A ADRESSER AU SERVICE MEDICAL :

- Etat récapitulatif des congés de maladie ayant précédé la disponibilité d'office pour raison de santé.
- Arrêté(s) de mise en disponibilité d'office pour raison de santé.
- Etat récapitulatif des périodes de versement des indemnités journalières.
- Avis rendu par le conseil médical.
- Expertise du médecin agréé sous pli confidentiel.
- Fiche de poste.

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).
La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou 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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

cerfa

n° 16950*01

Demande de reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire des fonctionnaires

Fonction publique d'Etat : articles D.712-13 et suivants du code de la sécurité sociale
Fonction publique hospitalière et territoriale : articles 6 et 14 du décret n° 60-58 du 11 janvier 1960

Décision du service médical à l'attention de l'administration et de la Caisse

(joindre le présent volet avec le volet identification du fonctionnaire et identification de l'administration qui emploie le fonctionnaire)

L'assuré(e) :

Nom et prénom(s) :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

N° de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | date de naissance | | | | | | | | |

Adresse :

Code Postal | | | | | | Commune :

☐ **Refus d'attribution : conditions médicales non remplies pour bénéficier de l'allocation d'invalidité temporaire.**

☐ **Accord d'attribution : conditions médicales remplies pour bénéficier de l'allocation d'invalidité temporaire.**

- ☐ groupe 1
- ☐ groupe 2
- ☐ groupe 3

Période accordée du | | | | | | | | au | | | | | | | |

☐ **Renouvellement du bénéfice de la reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire.**

- ☐ groupe 1
- ☐ groupe 2
- ☐ groupe 3

Période accordée du | | | | | | | | au | | | | | | | |

Nom du médecin-conseil : .....

Date de l'avis : | | | | | | | | |

Signature et cachet du médecin-conseil