

CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE SOCIALE  
(C. Na. P. S.)  
AMPEFILOHA - ANTANANARIVO  
BP : 233

FANGATAHANA FANAMPIANA HO AN' NY BEVOHOKA SY NY MPITAIZA KELY  
(Mpiasa mpikarama na ny vadiny vita soratra)  
DEMANDE D'ALLOCATIONS PRENATALES ET DE MATERNITE  
(Salariées et épouses légitimes de salariés)

FARITRA NATOKANA HO AN' NY C. Na. P. S.  
PARTIE RESERVEE A LA C. Na. P. S.

c/c

A	DECADE	NO D'ORDRE

FARITRA HO FENOIN' NY MPAMPIASA AN-DRALEHILAHY NA NY AN' ILAY HO RENY — Cadre à remplir par l'employeur du mari ou celui de la future mère

ANARAN' ILAY MPAMPIASA  
Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ ADIRESY  
Adresse \_\_\_\_\_

DIA MANAMARINA FA  
Certifié que Mr Mme ou Mlle \_\_\_\_\_ DIA MIASA AD AMINY HATRAMIN' NY  
est employé(e) à son service depuis le \_\_\_\_\_

ARY NY ASANY DIA  
en qualité de \_\_\_\_\_ MAHATRATRA  
Il (Elle) a accompli \_\_\_\_\_ ORA, NY FOTOANA NIASANY NANDRITRY NY VOLANA  
heures de travail pendant le mois d \_\_\_\_\_

(VOLANA mialoha ny NANAOVANA ity FANGATAHANA ity) NOHAMARININY TETO ANATRIHAKO FA EFA NIASA TALOHA NANDRITRY NY  
(mois ayant précédé la date de cette demande) et qu'il m'a justifié avoir exercé antérieurement \_\_\_\_\_ VOLANA TANY AN-KAFA IZY  
mois consécutifs d'activité professionnelle Salariée.

SONIA SY TITOMBOKA (Signature et Cachet) : \_\_\_\_\_ DATY  
Date : \_\_\_\_\_

NOMERAO NY MPAMPIASA  
Matricule Employeur \_\_\_\_\_

MATRICULE TRAVAILLEUR  
\_\_\_\_\_

MATRICULE EMPLOYEUR  
\_\_\_\_\_

SEXE S. F. NAT. Q.P.

Référence chez l'employeur  
\_\_\_\_\_

Date de Naissance Trav.  
\_\_\_\_\_

S/P Naissance: \_\_\_\_\_ S/P CORRESP. \_\_\_\_\_

FARITRA HO FENOIN' — PARTIE A REMPLIR PAR

	ILAY HO RENY — La Future mère	RALEHILAHY, RAHA TOA IZY MIASA — Le mari, s'il est salarié.
Anarana Nom	_____	_____
Tanampin' Anarana Prénoms	_____	_____
Teraka tamin' ny Né(e) le	Tao _____ à _____	Tao _____ à _____
Vakim-Piteovana Sous Préfecture	Province _____	Province _____
Zanak' i Fils ou fille de	_____	_____
Sy Et de	_____	_____
Adiresy Tonenan' ilay Mpiasa Adresse du domicile du Travailleur	Lot ou Rue - Quartier _____	_____
Qlism-Pirenena Nationalité	_____	_____
N° Kara-Panandro N° de la Carte d'Identité	_____	_____
N° aly amin' ny C. Na. P. S. Matricule à la C. Na. P. S.	_____	_____
N° ao amin' ny Mpampiasa Réf. chez l'Employeur	_____	_____

DATE D'EMBAUCHE  
\_\_\_\_\_

C.I. DU TRAVAILLEUR  
\_\_\_\_\_

Date Probable d'accouchement  
\_\_\_\_\_

Déclaration de Grossesse  
\_\_\_\_\_

Date d'arrivée D. A. P. M.  
\_\_\_\_\_

Date de Naissance Enfant  
\_\_\_\_\_

ETA MPANDRAY VOLANJAZA VE NY IRAY AMINARAO ?  
L'un de vous est-il déjà allocataire ?

ENY OUI  TSYA NON

SONIAN' ILAY HO RENY (Signature de la future mère)

RAHA TSYA DIA ALITASO NY KOPIA NISORATAM-PANAMBADIANA  
Si NON veuillez envoyer votre bulletin de Mariage

SONIAN-DRALEHILAHY (Signature du Mari)

V I S A S		
Sec	N° AGENT	DATE
A. Es.		
F. V.		
O. R. D.		

## DINIDINIKA HO AN' NY VEHIVAVY MITOE-JAZA

Alefaso aty amin' ny C. Na. P. S. alohan' ny fotoana hahafeno dimy volana ny kibonao ity fangatahana ity.

Fenoy tsara anefa ny fangatahana, ataovy vita sonian' ny mpampiasa anao na ny mpampiasa ny vadinao.

Tsy maintsy efa nisafo tany amin' ny Dokotera ianao tamin' ny volana faha-3 na faha-4 nanananao anaka. Ho fenoin' ny Dokotera ity faritra eto ambany ity :

## GUIDE DE LA FUTURE MERE

*La présente demande, remplie et signée, visée par l'employeur de la femme ou à défaut celui du mari doit parvenir à la C. Na. P. S. avant la fin du 4<sup>ème</sup> mois de Grossesse.*

*L'examen du 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> mois de grossesse doit avoir été subi.  
A cet effet faites remplir par le médecin la partie réservée ci-dessous :*

### **EXAMEN PRENATAL 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> MOIS DE GROSSESSE**

Je soussigné \_\_\_\_\_ Médecin, certifie que  
Mad \_\_\_\_\_ a subi ce jour un examen médical  
général et obstétrical. La date probable de l'accouchement est le : \_\_\_\_\_  
Cachet \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
(A défaut, nom et adresse du praticien)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

### **ANTONY MANOKANA**

A) Raha toa ka taorianan' ny nahafeno efa-bolana ny kibonao ianao vao nisafo tany amin' ny Dokotera na toa ka tsy nalefanao alohan' ny faran' ny volana faha-5 ny fangatahanao dia ny antsasaky ny vola fanome ny bevohoka sisa azonao.

B) Raha toa ka tsy nisafo mihitsy ianao talohan' ny niterahana dia asaivô hamarinin' ny Dokotera na ny mpampivelona fa natrehany ny fiterahanao, amin' ny famenoana ny sertifika etsy ambany. Alefaso aty amin' ny C. Na. P. S. iray volana aorianan' ny niterahanao raha ela indrindra ny fangatahana miaraka amin' ny Kopian' ny zaza. Tsy afaka handray ny vola fanampiana, ny bevohoka ianao nefa kosa dia mbola manan-kery ny fangatahanao fanampiana ho an' ny vehivavy niteraka.

### **CAS PARTICULIERS**

A) Si votre examen médical prenatal a été passé après le 4<sup>e</sup> mois de grossesse ou si votre demande n'a pas été envoyée avant la fin du 5<sup>e</sup> mois, vous ne pouvez prétendre qu'à la moitié de l'allocation prénatale.

B) Si vous n'avez pas passé d'examen médical prénatal, faites certifier par le Médecin ou la sage-femme que l'accouchement a eu lieu sous contrôle médical en remplissant le certificat ci-dessous. Envoyez votre demande dans le mois qui suit l'accouchement avec le bulletin de naissance, vous ne pourrez prétendre alors à l'allocation prénatale. Toutefois votre demande d'allocation de maternité est valable.

### **CERTIFICAT D'ACCOUCHEMENT**

Je soussigné \_\_\_\_\_ Médecin ou sage-femme (1)  
certifie que Mad \_\_\_\_\_ a accouché ce jour d'un enfant né viable  
Cachet \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
(A défaut, nom et adresse du praticien)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

(1) Rayer la mention inutile