

PRESTATIONS INTERMINISTERIELLES

Dossier initial

"Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans"

Valable pour du 01/09/2021 au 31/08/2022

RENSEIGNEMENTS

	Demandeur	Conjoint (e) ou concubin (e)
N° INSEE (sécurité sociale)		
Nom d'usage (nom d'épouse)		
Nom de famille (nom de naissance)		
Prénom		
Date de naissance		
Commune de naissance		
Adresse personnelle N° de téléphone		
Adresse électronique		
Situation familiale du demandeur	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) (1) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS Depuis le	
Situation professionnelle Au 01/09/2021	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="checkbox"/> en retraite Depuis le	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="checkbox"/> en retraite Depuis le
Grade du demandeur		
Profession du conjoint		
Dénomination et adresse complète du lieu d'exercice au 01/09/2021	Depuis le	
Position du demandeur	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> titulaire <input type="checkbox"/> Fonctionnaire stagiaire <input type="checkbox"/> Non titulaire : contrat du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Retraité(e) : dernier grade : _____ dernière affectation : _____ <input type="checkbox"/> Veuf (ve) ou orphelin d'un agent de l'éducation nationale : Nom et prénom de l'agent décédé : _____ Dernier grade : _____ Dernière affectation : _____	

ENFANTS à charge au moment de la demande

NOM	Prénom	Date de Naissance	à charge		Situation scolaire ou professionnelle
			oui	Garde alternée	

RÉFÉRENCES BANCAIRES OU POSTALES

IBAN :FR

Nom et prénom de l'allocataire auprès de la CAF

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE

La présente demande doit être adressée au **Bureau Action Sociale du Rectorat – DAF 4 – B**, accompagnée de :

- ⇒ Arrêté d'affectation, ou de nomination ou contrat de travail
- ⇒ Dernier bulletin de salaire
- ⇒ Copie du livret de famille (en cas de séparation ou de divorce, joindre justificatif de la garde des enfants)
- ⇒ Relevé d'identité postal ou bancaire *mentionnant le nom et prénom du demandeur* (pour un couple ayant un compte joint les deux noms et prénoms doivent apparaître)
- ⇒ Attestation de non-versement de prestation interministérielle pour la période de validité du dossier, si le conjoint ou concubin est agent de l'Education Nationale, mais dans une autre Académie, ou fonctionnaire et assimilé dépendant d'un autre ministère
- ⇒ Photocopie de la décision délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H) pour les enfants handicapés
- ⇒ Attestation de la CAF datée de moins de 2 mois justifiant du versement de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (A.E.E.H).

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e)..... certifie sur l'honneur :

- ne pas percevoir les prestations légales suivantes :
 - la prestation de compensation du handicap (PCH)
 - l'allocation aux adultes handicapés
 - l'allocation différentielle servie au titre des droits acquis (majoration pour tierce personne prévue par l'article 59 de la loi du 30 juin 1975 susvisée)
- l'exactitude des renseignements mentionnés et avoir fourni toutes les pièces justificatives

Je m'engage à signaler à l'administration tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation au cours de la période de validité du présent dossier.

Fait à le

Signature :

PRESTATION INTERMINISTERIELLE (P.I.M.)

Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans

Valable pour du 01/09/2021 au 31/08/2022

Demandeur	
Nom d'usage et Prénom	Né(e) le
Situation familiale du demandeur	<input type="checkbox"/> Célibataire - <input type="checkbox"/> Veuf (ve) - <input type="checkbox"/> Divorcé(e), séparé(e) - <input type="checkbox"/> Marié(e), Pacsé(e), Vie maritale
Etablissement d'exercice	
Nom et prénom de l'allocataire auprès de la CAF	
IBAN : FR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Enfant	
Nom et Prénom	
Date de naissance	
Validité de l'AAEH	du au
Taux d'incapacité	

Etes-vous bénéficiaire de :

- la prestation de compensation du handicap (PCH) OUI NON
- l'allocation aux adultes handicapés OUI NON
- l'allocation différentielle servie au titre des droits acquis (majoration pour tierce personne prévue par l'article 59 de la loi du 30 juin 1975 susvisée) OUI NON

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) :, certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler à l'administration tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation au cours de la période de validité du présent dossier.

Fait à, le Signature

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 441.1 du Code pénal). L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L.583-3 du code de la sécurité sociale).