

**PRESTATIONS INTERMINISTERIELLES**

**Dossier de renouvellement**

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

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

**RENSEIGNEMENTS**

	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint (e) ou concubin (e)</b>
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	<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 <b>01/09/2021</b>		
	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

**PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE**

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

- ⇒ Dernier bulletin de salaire
- ⇒ Pour les personnels non titulaires en contrat de travail à durée déterminée (CDD), dernier arrêté de nomination ou contrat de travail
- ⇒ 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 1 mois justifiant du versement de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (A.E.E.H).

**En cas de changement de situation uniquement** (divorce, déménagement, naissance, décès, changement de coordonnées bancaires, etc...), adresser les pièces justificatives correspondantes.

Nom et prénom de l'allocataire auprès de la CAF

**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 :

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 150 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).

**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 : <b>FR</b> <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).