

PRESTATIONS INTERMINISTERIELLES

Dossier initial

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

Valable pour du 01/09/2023 au 31/08/2024

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	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) Depuis le	
Situation professionnelle au moment de la demande	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en retraite <input type="checkbox"/> autre (préciser) Depuis le	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> retraite <input type="checkbox"/> autre (préciser)..... Depuis le
Grade du demandeur		
Profession du conjoint		
Dénomination et adresse complète du lieu d'exercice au moment de la demande	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 : _____	

