

PRESTATIONS INTERMINISTERIELLES

Dossier de renouvellement

"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 01/09/2023	<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 01/09/2023	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	Lien de parenté	Situation scolaire

Nom et prénom de l'allocataire auprès de la CAF	
---	--

RÉFÉRENCES BANCAIRES

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"/> <input type="text"/>

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.

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 :