

PRESTATION INTERMINISTERIELLE (P.I.M.)

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

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

Demandeur	
Nom d'usage et Prénom	Né(e) le
Grade	
Dénomination et adresse complète du lieu d'exercice	
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'AEEH	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 de la présente demande.

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).