|  |  |
| --- | --- |
| logoacdijon | Rectorat de Dijon  **Division des affaires financières**  **DAF 4 – B - Action sociale** |
| **ACTION SOCIALE D’INITIATIVE ACADÉMIQUE**  **Exercice 2024**   |  | | --- | | ***Aide à domicile*** |   **A adresser par mail : daf4-as-depot@ac-dijon.fr**  **Le plus rapidement possible et au plus tard à la date limite fixée**   |  |  | | --- | --- | | factures de janvier à mars  factures d’avril à juin  factures de septembre à octobre  factures de novembre à décembre | **= 30 mai 2024**  **= 30 juillet 2024**  **= 27 novembre 2024**  **= 30 janvier 2025** |   ***Toute demande incomplète sera rejetée*** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMANDEUR** | |
| **Nom d’usage et Prénom** | Cliquer ici **Né(e) le** Cliquer ici |
| doit correspondre à celui notifié sur le dossier de prestations 2024 | |
| **Etablissement d’exercice** | Cliquer ici |
| **Grade** | Cliquer ici |
| **IBAN : FR76** Cliquer ici | |

|  |
| --- |
| Pour la période concernée**: Montant payé** Cliquer ici € **- Nbre d’heures :** Cliquer ici **- Taux horaire**: Cliquer ici € |

**Travaillez-vous à temps plein** :  **OUI  NON**

**Vous êtes soit :**

* bénéficiaire de la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH)  **OUI  NON**
* déclaré comme tel auprès de votre employeur  **OUI  NON**

***Fournir obligatoirement à chaque période* :**

* + décision de la MDPH pour la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH)
  + attestation de l’employeur justifiant votre déclaration d’agent handicapé
  + attestation de non prise en charge par la mutuelle
  + facture établie à votre nom mentionnant impérativement la période, le taux horaire et le nombre d'heures
  + célibataire, veuf (ve), divorcé(e), séparé(e) élevant seul 1 ou plusieurs enfants de -16 ans  **OUI  NON** - *date de naissance de(s) l’enfant(s)* : Cliquer ici

***Fournir obligatoirement à chaque période :***

* + justificatif de la situation familiale soit par une attestation de la CAF mentionnant que vous élevez seul(e) l’(es) enfant(s) ou l’avis d’imposition mentionnant le "T" dans la case "cas particulier" - justificatif de l’âge des enfants - dernier bulletin de salaire
  + attestation de non prise en charge par la mutuelle
  + facture établie à votre nom mentionnant impérativement la période, le taux horaire et le nombre d'heures

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

Je soussigné(e) Cliquer ici, certifie l’exactitude des renseignements fournis.

Fait à Cliquer ici, le Cliquer ici Signature :

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTIE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION** | |
| La présente demande :  correspond  ne correspond pas aux critères fixés par l’arrêté rectoral.  Je soussigné, recteur de l'Académie de Dijon, décide donc d’octroyer une aide d’un montant de Cliquer ici € | |
| ***Académie de Dijon***  Prog : Cliquer ici  Centre de coût : RECSAXO021  N° pièce : Cliquer ici | Pour le recteur et par délégation,  La cheffe de division des affaires financières  Magali KHATRI |