



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PIM – Allocation aux parents effectuant un séjour en maison de repos accompagnés de leur enfant

Les prestations d'action sociale sont des prestations à caractère facultatif. Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à rappel.

Cette allocation est destinée à prendre en charge une partie des frais de séjour de l'enfant accompagnant un de ses parents lors d'un séjour en maison de repos ou de convalescence.

**Date limite de réception des dossiers dans le service
Premier jour du séjour + 1 an**

Conditions et plafond des ressources

Un dossier doit être constitué et adressé au SCRCAS pour chaque type séjour.

Vous devez être en position d'activité au moment du séjour.

Cette subvention journalière est limitée à 35 jours par an par enfant.

Cette prise en charge concerne les enfants, âgés de moins de 5 ans à la date du premier jour du séjour dans l'établissement de repos.

DEMANDE DE PAIEMENT

BOP : -----
(réservé à l'administration)

N° tiers CHORUS : -----
(réservé à l'administration)

NOM et Prénom du bénéficiaire : -----

NOM et prénom de l'enfant 1 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom de l'enfant 2 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom de l'enfant 3 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom de l'enfant 4 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom de l'enfant 5 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

**PIM – Allocation aux parents effectuant un séjour en
maison de repos accompagnés de leur enfant**

Renseignement concernant le demandeur

Nom d'usage : Prénom :

Nom patronymique :

N° Sécurité Sociale : Date de naissance :

Célibataire Marié PACS Veuf Séparé Divorcé Concubinage

Situation familiale depuis le :

Adresse personnelle :

Tél: Courriel :

Etablissement d'affectation :

Grade :

Position d'activité au moment du séjour oui non, si non Disponibilité retraite autre :

Avez-vous déjà bénéficié d'un congé parental oui non, si oui du au

Renseignements concernant le conjoint et/ou le père (mère)

Nom d'usage et prénom :

Nom patronymique : né(e) le :

Profession : Employeur :

Renseignements concernant les enfants

Nom et prénom

Date de naissance

Situation scolaire

.....
.....
.....
.....

Renseignements concernant le séjour

séjour en maison de repos

Nom et adresse de la structure d'accueil :

Le séjour est-il médicalement prescrit ? oui non

L'établissement est-il agréé par la sécurité sociale ? oui non

Période d'accueil de l'agent : du au

Période d'accueil de l'enfant : du au

Tarif journalier d'hébergement de l'enfant :

Coût total de l'hébergement de l'enfant:

Autres prestations perçues au titre du séjour :

Montant restant à charge de l'agent :

Nom et prénom de l'enfant 1 :

Nom et prénom de l'enfant 2 :

Nom et prénom de l'enfant 3 :

Nom et prénom de l'enfant 4 :

Nom et prénom de l'enfant 5 :

Je certifie sur l'honneur n'avoir pas perçu de prestation de même nature pour ce séjour et que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts.

Je m'engage à signaler immédiatement tout fait nouveau modifiant la présente demande.

Fait à, le.....

Signature

« Les personnes qui auraient fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de prestations devront rembourser les sommes indûment perçues par elles sans préjudice éventuellement des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur »

Cadre réservé à l'administration

Nom de l'enfant 1 :

Montant attribué : N° de DP :

Nom de l'enfant 2 :

Montant attribué : N° de DP :

Nom de l'enfant 3 :

Montant attribué : N° de DP :

Nom de l'enfant 4 :

Montant attribué : N° de DP :

Nom de l'enfant 5 :

Montant attribué : N° de DP :

Montpellier, le

Pour la rectrice et par délégation,
Le responsable de la DAMÉRAS

Michel WAREMBOURG



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**PIM Allocation aux parents séjournant en maison de
repos accompagnés de leur enfant**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT
à REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU SERVICE d'ACTION SOCIALE**

Je soussigné (1)

Service

Adresse

Coordonnées téléphoniques

certifie (2) que

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type
« séjour en maison de repos » pour le séjour ayant eu lieu en date
du à

à

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous

Participation de l'employeur :

**CACHET
Date et signature originale
du responsable du service d'action
sociale**

Pièces à fournir impérativement

- **deux copies de la facture acquittée** mentionnant les nom et prénom du/des enfant(s) ainsi que les dates de début et de fin du séjour et le lieu de séjour.
- Copie de la prescription médicale du séjour
- Attestation d'agrément de l'établissement
- **deux relevés d'identité bancaire ou postale**, originaux et récents du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'un justificatif de la CAF.
NB : votre situation de « parent isolé » doit figurer sur l'avis d'imposition fourni.
- photocopie du dernier bulletin de salaire du demandeur et du conjoint.
(si conjoint sans activité, joindre notification Pôle Emploi, notification d'admission à la retraite ou attestation sur l'honneur)
- photocopie de l'arrêté de mise à la retraite s'il y a lieu
- copie du contrat de travail de durée initiale de 10 mois pour les agents non titulaires
- attestation de l'employeur du conjoint (service aides sociales) certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint),
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.

Dossier à renvoyer au

**RECTORAT - DAMÉRAS - Bureau de l'Action Sociale
31 rue de l'Université
CS 39004
34064 MONTPELLIER cedex 2**

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE

**DATE LIMITE DE RECEPTION DU DOSSIER DANS LE SERVICE
PREMIER JOUR DU SEJOUR + 1 an**