

## PRESTATION INTERMINISTERIELLE

### 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 de la demande dans le service =  
Date du premier jour du séjour + 1an  
(Le tampon d'arrivée dans le service faisant foi)**

#### Conditions – Plafond des ressources :

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.

L'attribution de l'aide est fonction du **Quotient Familial (Q.F)** déterminé à partir **du revenu brut global** figurant sur l'avis d'imposition (n-1) portant sur les revenus (n-2) et du nombre de parts (hormis pour les séjours en centres de vacances spécialisés qui ne sont pas soumis à condition de revenus).

Le Quotient Familial (QF) ne doit pas être supérieur à 12 400 €.

Comment calculer votre QF :

$$\text{QF} = \frac{\text{Revenu brut global}}{\text{Nombre de parts}}$$

#### Montant de l'aide

Les taux applicables à chaque prestation PIM sont revalorisés chaque année civile. Ils sont consultables dans la rubrique ACCOLAD « action sociale ».

**PRESTATION INTERMINISTERIELLE**  
**Allocation aux parents effectuant un séjour en maison de repos**  
**accompagnés d'un enfant**

N°TIERS CHORUS (partie réservée à l'administration) :

**Demande de prestation :**

(Compléter et signer une demande par enfant et par séjour)

Nom d'usage du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom patronymique : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Date du séjour : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Période d'accueil de l'enfant : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Etablissement fréquenté :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le séjour est-il médicalement prescrit ?  oui  non

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

Tarif journalier d'hébergement de l'enfant : \_\_\_\_\_ euros

Nombre de jours d'hébergement : \_\_\_\_\_

Coût total de l'hébergement de l'enfant: \_\_\_\_\_ euros

Autres prestations perçues au titre du séjour : \_\_\_\_\_ euros

**Montant restant à charge de l'agent : \_\_\_\_\_ euros**

**Je certifie sur l'honneur n'avoir perçu de prestation de même nature pour les prestations demandées 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 »*



**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  
« allocation séjour en maison de repos accompagnés d'un enfant » pour l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Lieu et date de séjour : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**CACHET**

**Date et signature originale**

**du responsable du service d'action sociale**

(1) Nom du responsable de l'entreprise

(2) Nom et prénom du conjoint



**ACADÉMIE  
DE MONTPELLIER**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## PRESTATION INTERMINISTERIELLE

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

#### 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)*

## Pièces à fournir impérativement

- ⇒ **une copie 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
- ⇒ **un relevé 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 - DIAP – Pôle Action Sociale**

**31 rue de l'Université**

**CS 39004**

**34064 MONTPELLIER cedex 2**