



PRESTATION INTERMINISTERIELLE

Allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes de moins de 20 ans

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.

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 1^{er} jour de la prestation

oui non si non disponibilité retraite autre : _____

Renseignements concernant les personnes vivant au foyer (autres que le demandeur)

Nom d'usage et prénom : _____

Nom patronymique : _____ né(e) le : __/__/____

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse employeur _____



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**PRESTATION INTERMINISTERIELLE
Allocation aux parents d'enfants handicapés ou
infirmes de moins de 20 ans**

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 bénéficiaire : _____

Date de naissance de l'enfant : ____/____/_____

Taux d'incapacité : _____

Bénéficiez-vous de la prestation de compensation du handicap (PCH) : oui non

Votre enfant est-il placé dans un établissement : oui non

Si oui est-il ? externe interne

Avec prise en charge intégrale : oui non

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 d'enfant handicapés de moins de 20 ans

**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 aux parents d'enfant handicapés de moins de 20 ans » pour l'enfant :

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : ____/____/____.

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

Pièces à fournir impérativement

- ⇒ copie intégrale du livret de famille tenu à jour
- ⇒ un relevé d'identité bancaire ou postale, original du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- ⇒ Photocopie de la notification de décision d'attribution de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)
- ⇒ photocopie du dernier bulletin de salaire du demandeur et du conjoint.
(si conjoint sans activité, joindre notification France travail, 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
- ⇒ si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite assortie d'un justificatif de la CAF.
NB : votre situation de « parent isolé » doit figurer sur l'avis d'imposition fourni.
- ⇒ attestation de l'employeur du conjoint (service d'aides sociales) certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint)

Dossier à renvoyer au

**RECTORAT - DIAP – Pôle Action Sociale
31 rue de l'Université
CS 39004
34064 MONTPELLIER cedex 2**