



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Rectorat

DASEM
Division de l'accompagnement
Social et médical

DASEM 2
Service de l'action sociale

Téléphone :
01-57-02-64-42 / 63-97
01-57-02-64-07 / 68-00
01-57-02-68-16 / 69-29

Fax :
01-57-02-64-47

Mél : ce.dasem2@ac-creteil.fr

4 rue Georges Enesco
94010 Créteil cedex
www.ac-creteil.fr

NOM DU DEMANDEUR :

PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE
Allocation aux parents d'enfant
Handicapé ou infirme de moins de 20 ans

BÉNÉFICIAIRES :

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum) et retraités

Pour les personnels contractuels, la prestation est servie à partir du 1^{er} jour du 7^{ème} mois du contrat.

Les AED, AESH ne peuvent pas prétendre à cette prestation.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Etre bénéficiaire de prestations familiales et de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé

Aucune condition d'indice ou de ressources. Versée jusqu'au mois anniversaire inclus.

L'enfant doit avoir un taux d'invalidité **au moins égal à 50 %**.

Attention :

La prestation n'est pas servie lorsque l'enfant perçoit l'allocation de compensation prévue par l'article 39 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

La prestation n'est pas servie lorsque l'enfant perçoit la prestation de compensation du handicap (PCH) prévue par l'article D 245-32-1

La prestation n'est pas servie lorsque l'enfant perçoit l'allocation différentielle servie au titre des droits acquis (majoration pour tierce personne prévue à l'article 59 de la loi du 30 juin 1975)

Pour les enfants placés en internat, l'allocation est versée pendant les périodes de retour au foyer (fin de semaine et période de congés scolaires)

La demande d'allocation doit être faite à la fin de chaque trimestre (*en avril, juillet, octobre et décembre*) à l'aide d'un état trimestriel complété et signé et des attestations CAF de tous les mois demandés.

Montant de l'allocation : 165.02 € par mois

LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. CELLE-CI EST PAYÉE DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 12 MOIS DE VALIDITÉ NE SONT PAS ÉCOULÉS.

LE TAMPON D'ARRIVÉE DANS LE SERVICE FAISANT FOI

À QUI ADRESSER VOTRE DEMANDE D'AIDE ?

Les demandes de prestations sociales ne sont pas recevables par mél.

Rectorat de Créteil

Division de l'accompagnement social et médical – DASEM 2

4 rue Georges Enesco – 94010 CRÉTEIL cedex

Téléphone : 01-57-02-64-42 / 63-97 / 64-07 / 64-34 / 68-16 / 69-29 / 68-00 / 63-96

Demande de renseignement : ce.dasem2@ac-creteil.fr

Votre demande : 1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre 4^{ème} trimestre **ANNÉE :** _____

Cadre réservé à l'administration :

Mois payés au vu des précédents paiements et des documents fournis dans le dossier :

janvier février mars avril mai juin juillet août septembre octobre novembre
 décembre _____ soit la somme de _____

PIÈCES À JOINDRE À CHAQUE DEMANDE :

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ Attestation de paiement de l'AEEH par la CAF correspondant à **tous** les mois de la demande
- ⇒ Attestation sur l'honneur ci-jointe dûment complétée.
- ⇒ Attestation de l'employeur du conjoint ou justificatif de Pôle Emploi.
- ⇒ Si internat, attestation de présence dans l'établissement d'accueil
- ⇒ Photocopie **complète** de la décision de la notification MDPH portant cachet et signature.
- ⇒ Photocopie du bulletin de salaire correspondant au **premier mois** de chaque trimestre
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat de PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre, attestation sur l'honneur de concubinage avec les noms, prénoms et dates de naissance des conjoints
- ⇒ Vous êtes divorcé(e) : photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfant(s).
- ⇒ Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- ⇒ Vous êtes célibataire ou veuf(ve) : attestation sur l'honneur de vie seule ci jointe
- ⇒ Photocopie du contrat de travail couvrant les mois demandés ci-dessus.

NOM : _____ PRÉNOM _____

NOM D'USAGE : _____

NÉ(E) LE : _____ À : _____

GRADE : _____ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

Établissement d'exercice (adresse complète) : _____

Code RNE de votre établissement d'affectation : _____

Date d'entrée dans l'établissement : _____

Situation professionnelle :

titulaire stagiaire contractuel **INM** (indice nouveau majoré)

Adresse personnelle : _____

Adresse électronique **professionnelle** : _____

Téléphone : _____

Situation familiale :

célibataire union libre séparé(e)
 marié(e) pacsé(e) divorcé(e) veuf(ve)

Renseignements concernant l'enfant handicapé :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

L'enfant est-il en internat : oui non

Période d'attribution de l'AEEH par la MDPH : du _____ au _____

Pourcentage d'invalidité reconnu par la CDAPH : _____

Date et signature originale :

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(1)

Nous soussignés _____ (2)

certifions que _____ (3)

employé(e) dans nos services ne perçoit pas l'Allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes de moins de 20 ans au titre de l'année _____

Conjoint employé par l'académie de Créteil, noter **uniquement** ses NOM PRENOM et DATE DE NAISSANCE

NOM – PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

:

CACHET, DATE ET SIGNATURE ORIGINALE
du responsable hiérarchique

(1) pour les conjoints employés par une autre académie ou par un autre ministère, fournir l'attestation émanant de leur service de l'action sociale

(2) : Nom de l'employeur

(3) : Nom et prénom de l'employé(e)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____

grade _____

certifie sur l'honneur **vivre et élever seul(e) mon (ou mes) enfant(s) depuis le** _____

certifie sur l'honneur **vivre seul(e) et assumer en garde alternée la charge de mon (mes) enfant(s) depuis le** _____

certifie sur l'honneur **que mon conjoint ou moi-même ne bénéficie pas de l'allocation compensatrice prévue par l'article 39 de la loi 75-534 du 30 juin 1975.**

certifie sur l'honneur **que mon conjoint ou moi-même ne bénéficie pas de la prestation de compensation du handicap (PCH) prévue par la loi D-245-32-1.**

certifie sur l'honneur **que mon conjoint ou moi-même ne bénéficie pas de la majoration différentielle servie au titre des droits acquis (majoration pour tierce personne prévue à l'article 59 de la loi du 30 juin 1975)**

DATE et SIGNATURE ORIGINALE

Conformément aux dispositions du règlement (UE) du parlement européen du 27 avril 2016 (RGPD) et de la législation en vigueur, nous traitons vos informations dans le respect de la réglementation sur la protection des données personnelles.

Aussi toutes les données **sensibles** devront faire l'objet d'un consentement afin de donner à l'administration les moyens légaux de les traiter dans le cadre de votre demande.

Je soussigné(e) ----- donne l'autorisation du traitement de mes données sensibles.

OUI NON *

Je consens à la transmission de mes données à tiers organismes pour le traitement de ma demande

OUI NON *

Je donne mon consentement OUI NON *

LE REFUS DU CONSENTEMENT ENTRAÎNERA L'IMPOSSIBILITE DU TRAITEMENT DE MON DOSSIER

Date et signature originale :

* rayer la mention inutile

La loi punit sévèrement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration
(articles L 554 et L 583-3 du code de la sécurité sociale et article 150 du code pénal).