

NOM DU DEMANDEUR :



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

PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE

Allocation pour jeunes adultes atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap et poursuivant des études, un stage ou un apprentissage professionnel entre 20 ans et 27 ans

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum) et retraités, parents d'un (de) jeune(s) adulte(s) âgé(s) entre 20 et 27 ans (mois anniversaire inclus) atteint(s) d'une maladie chronique ou d'un handicap et ouvrant droit aux prestations familiales.

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

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

Conditions d'attribution :

- **En cas de maladie chronique ou d'infirmité constitutive de handicap reconnue par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées),** la prestation est attribuée si le jeune adulte ne bénéficie pas de l'allocation aux adultes handicapés ni de l'allocation compensatrice
- **En cas de maladie chronique ou d'infirmité non constitutive d'un handicap (non reconnue par la MDPH),** les parents peuvent prétendre à cette allocation sur avis d'un médecin agréé par l'administration (www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france)
- Le jeune adulte doit justifier d'une qualité d'étudiant, d'apprenti ou de stagiaire au titre de la formation professionnelle.
- Allocation versée sans condition de ressources.

MONTANT DE LA PRESTATION : 124.32 € 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 :

- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre : attestation sur l'honneur de concubinage portant les noms, prénoms et dates de naissance des conjoints.
- ⇒ Attestation de scolarité ou copie de la carte d'étudiant, de la convention de stage ou du contrat d'apprentissage.
- ⇒ Photocopie du bulletin de salaire correspondant au premier mois de chaque trimestre
- ⇒ Photocopie de la carte d'invalidité de la CDAPH ou certificat médical attestant du handicap établi par un médecin agréé par l'administration.
- ⇒ Attestation de non perception de l'allocation aux adultes handicapés ou d'une allocation compensatrice
- ⇒ Vous êtes divorcé(e) : photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfants.
- ⇒ 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
- ⇒ Attestation de non perception de l'employeur du conjoint.
- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant nom et prénom du demandeur
- ⇒ Personnel contractuel : photocopie de votre contrat de travail de plus de 10 mois consécutifs

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 marié(e) pacsé(e)

veuf(ve) séparé(e) divorcé(e)

Renseignements concernant l'enfant handicapé :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Pourcentage d'invalidité reconnu par la CDAPH : _____

Établissement scolaire, entreprise ou centre d'apprentissage

Études, stage ou apprentissage poursuivis : _____

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 spéciale pour jeune adulte de 20 à 27 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 (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 et de l'allocation aux adultes handicapés.**

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 ENTRAINERA 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).