



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



Rectorat

Division de l'accompagnement
médical social professionnel

DAMESOP 2
Service de l'action sociale

Tél. : 01 57 02 68 16
Fax : 01 57 02 64 47

Mél : damesop@ac-creteil.fr

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

NOM du demandeur :

**PRESTATION INTERMINISTERIELLE
ALLOCATION AUX PARENTS D'ENFANT
HANDICAPE OU INFIRME DE MOINS DE 20 ANS**

BENEFICIAIRES :

Agents titulaires, stagiaires, contractuels employés pour plus de 10 mois et retraités.

Les AED, AVS-co, AVS-i ne peuvent prétendre à cette prestation.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

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 compensatrice prévue par l'article 39 de la loi n°75-534 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 (fin mars, fin juin, fin septembre, fin décembre) à l'aide d'un état trimestriel complété et signé.

LE DÉLAI DE RECEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ A 12 mois A COMPTER DU DÉBUT DU FAIT GENERATEUR. LA PRESTATION EST PAYEE DANS LA LIMITE DES CREDITS DISPONIBLES MEME SI LES 12 MOIS DE VALIDITE NE SONT PAS ECOULES

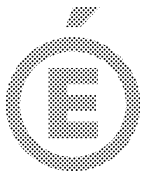
Montant de l'allocation : 152.90 € par mois.

Pièces à joindre à CHAQUE demande :

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal correspondant au virement du salaire portant nom, prénom et adresse du demandeur
- ⇒ Attestation sur l'honneur ci-jointe dûment complétée
- ⇒ Si internat attestation de présence au foyer
- ⇒ Photocopie complète de la notification de décision de la MDPH
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille
- ⇒ Photocopie du bulletin de paye (correspondant au premier mois de chaque trimestre)
- ⇒ Attestation de l'employeur ci-jointe dûment complétée
- ⇒ Si vous êtes divorcé(e) ou séparé(e): photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfant(s)
- ⇒ Attestation de vie seule ci-jointe (le cas échéant).
- ⇒ Personnels contractuels: photocopie de votre contrat de travail de plus de 6 mois.

A QUI ADRESSER VOTRE DEMANDE D'AIDE ?

Rectorat de Créteil
division de l'accompagnement médical social professionnel - DAMESOP 2
4 rue Georges Enesco – 94010 CRETEIL cedex
Tél. : 01.57.02.68.16 ---- damesop@ac-creteil.fr



ETAT DE SITUATION TRIMESTRIEL

(cocher la case correspondante au trimestre à payer)

<input type="checkbox"/> 1 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} trimestre	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} trimestre	<input type="checkbox"/> 4 ^{ème} trimestre	ANNEE :
--	---	---	---	---------

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N°INSEE : _____

Nom d'usage : _____ Grade : _____

Établissement d'exercice (adresse complète) : _____

Code RNE de votre établissement d'affectation : _____

Date d'entrée dans l'établissement : _____

Date d'entrée dans l'Education Nationale : _____

Adresse personnelle : _____

Tél. personnel : _____ Tél. professionnel _____

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 : _____

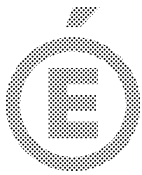
L'enfant est-il en internat oui non

Période d'attribution de l' AES par la MDPH :

Du _____ au _____

Date et signature originale

LE DÉLAI DE RECEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ A 12 mois A COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. CELLE - CI EST PAYEE DANS LA LIMITE DES CREDITS DISPONIBLES MEME SI LES 12 MOIS DE VALIDITE NE SONT PAS ECOULES.



ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Nous soussignés _____ (1)

certifions que _____ (2)

employé dans nos services ne perçoit pas l'Allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes de moins de 20 ans.

CACHET
DATE et SIGNATURE ORIGINALE
du responsable hiérarchique

(1) : Nom de l'employeur.

(2) : Nom et prénom de l'employé(e)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____

grade _____

certifie sur l'honneur ne pas vivre maritalement et élever seul(e) mon (ou 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.

DATE et SIGNATURE ORIGINALE

La loi punit sévèrement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Article L 554 - L 583-3 du Code de la Sécurité Sociale et article 150 du Code Pénal)