

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

Prestation non cumulable avec la **PCH** (Prestation de Compensation du Handicap), l'**AAH** (Allocation aux Adultes Handicapés) et 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)

BÉNÉFICIAIRES :

Prestation réservée aux **AED et AESH rémunérés par les EPLE (contrat en cours de 10 mois minimum)**

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Etre bénéficiaire 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'incapacité **au moins égal à 50 %**.

La demande de renouvellement d'allocation doit être faite tous les 6 mois après la demande initiale. Ce délai doit être raccourci en cas d'arrivée au terme de la validité de la notification MDPH.

Le versement de la prestation interviendra tous les trois mois et sera interrompu en cas de non réception de la demande de renouvellement.

Montant de l'allocation : 167.54 € 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 : 01-57-02-64-07 / 63-97 / 69-29 / 64-34 / 68-16 / 63-96

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

PIÈCES À JOINDRE À LA PREMIERE DEMANDE :

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ Dernier relevé de compte de la CAF sur lequel figurent vos prestations et votre profil
- ⇒ 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 notification MDPH portant cachet et signature.
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ 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
- ⇒ Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- ⇒ Vous êtes divorcé(e) : photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfant(s).
- ⇒ Vous êtes célibataire, séparée ou veuf(ve): attestation sur l'honneur de vie seule ci jointe
- ⇒ Photocopie du contrat de travail en cours pour les personnels contractuels.

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE DE RENOUELEMENT :

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom **si changement de coordonnées bancaires**
- ⇒ Dernier relevé de compte de la CAF sur lequel figurent vos prestations et votre profil
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Photocopie du contrat de travail en cours pour les personnels contractuels.
- ⇒ Notification de la MDPH portant cachet et signature, **si modification des droits**

1ERE DEMANDE

RENOUELEMENT

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 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'incapacité 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 d'Allocation aux parents d'enfants handicapés 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 déclare sur l'honneur que l'enfant _____ est à **ma charge** au sens des prestations familiales, **qu'il n'est pas placé en internat** avec prise en charge intégrale par l'Etat, l'assurance maladie ou par l'aide sociale des soins, des frais de scolarité et d'internat, et **que je ne perçois pas pour mon enfant :**

- **La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)**

- **l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)**

- **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)**

Je m'engage à **signaler tout changement, ayant un impact sur la recevabilité de ma demande, qui pourrait intervenir dans ma situation personnelle ou professionnelle au cours de la période de validité du présent dossier.**

En cas de modification non signalée, un ordre de reversement sera émis à mon encontre.

À _____ le _____

SIGNATURE ORIGINALE DU DEMANDEUR :

Faire précéder la signature de la mention « **Lu et approuvé** »

Conformément aux dispositions du règlement (UE) du parlement européen du 27 avril 2016 (RGPD) et de la législation en vigueur, la DASEM traite 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 à la DASEM 2, service de l'action sociale, l'autorisation du traitement de mes données sensibles.

OUI *

NON

Je consens à la transmission de mes données à la Direction Départementale des Finances Publiques (DDFIP) du Val de Marne pour la mise en paiement de la prestation demandée.

OUI *

NON

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

Date et signature originale :

* entourer votre réponse

La loi punit sévèrement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration
(articles 441-1 et 441-6 al.2 du code pénal).