

## ALLOCATION AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES DE MOINS DE 20 ANS (APEH)

*Prestation interministérielle (PIM)*

- Enfant résidant au foyer l'intégralité du mois <sup>(1)</sup>  
 Enfant résidant en internat avec retour au foyer <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Cocher la case

<b>Le dossier COMPLET (imprimé + pièces justificatives) doit être adressé au :</b>		
<p><b>RECTORAT DE L'ACADEMIE DE GUADELOUPE</b>            Cellule de l'action sociale            Parc d'activités la Providence - ZAC de Dothémare            97183 Les Abymes Cedex</p>		
Responsable de l'action sociale :	ce.actionsociale@ac-guadeloupe.fr	☎ 0590.47.82.34

<sup>(1)</sup> Cocher la case correspondante

**Attention :** les dossiers incomplets ne pourront pas être instruits.

### **Demandeur**

Nom de l'agent : ..... Prénom : .....  
(en majuscule)

Etablissement d'affectation : .....

Public     Privé    Corps/Grade : .....

### **Enfant pour lequel l'allocation est demandée**

Nom : ..... Prénom : .....  
(en majuscule)

né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_      Taux d'incapacité : .....

Période d'attribution de l'AEEH : du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Réservé à l'administration**

**N° Tiers Chorus :**

**Éligibilité APEH :**

**Demandeur**

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
(en majuscules)

Nom de naissance : .....  
(en majuscules)

Date et lieu de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à .....

N° de sécurité sociale (INSEE) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ // \_\_\_ (13 chiffres + 2)

Adresse personnelle : .....

..... ☎ 0590 ..... 📠 0690 .....

Mél : .....@ .....

Si vous êtes non titulaire, Numéro identifiant Pôle Emploi : (8 caractères) .....

**Situation professionnelle**

Fonctionnaire titulaire/stagiaire<sup>(1)</sup> depuis le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de dernière affectation : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Non titulaire dates du contrat : .....

Exerce à temps complet / à temps partiel <sup>(1)</sup> : .....%

Retraité(e) date de départ en retraite : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup> barrer la mention inutile

**Situation familiale**

Célibataire  Marié(e)  Pacsé (e)  Vie maritale  Veuf(ve)  Séparé(e)

Divorcé(e)

depuis le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Autres personnes constituant le foyer****Conjoint (concubin, partenaire ou colocataire)**

Nom Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Actif :  OUI  NON

Education nationale  Autre ministère  Autre Fonction Publique  Privé   
***(joindre arrêté d'affectation)***

Profession : ..... Employeur : .....

**Enfants**

Nombre total d'enfants : ..... Nombre d'enfants à charge : .....

Nom Prénom (enfants à charge)	Date de naissance	Situation scolaire/professionnelle

# DECLARATION SUR L'HONNEUR

---

- Je, soussigné(e) Monsieur/Madame <sup>(1)</sup> .....,
- déclare sur l'honneur que mon enfant ..... n'est pas placé(e) en internat dans un établissement spécialisé avec prise en charge intégrale par l'Etat, l'Assurance Maladie ou l'aide sociale
  - déclare ne pas bénéficier de la prestation de compensation du handicap prévue par l'article 95 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et article L.245-1 du code de l'action sociale et des familles (ou uniquement pour les périodes à l'internat).
  - déclare ne pas bénéficier de 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 susvisée
  - sollicite l'attribution de la PIM et certifie sur l'honneur l'exactitude des documents et renseignements fournis. Je m'engage à signaler à l'administration tout changement dans ma situation administrative, familiale ou bancaire qui pourrait intervenir au cours de l'année concernée par ma demande, et à adresser toutes pièces justificatives de ce changement.

**La loi rend passible d'amende et/ou de peines d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes et de fausses déclarations (article L. 554-1 du code de la Sécurité sociale et articles 441-1, 441-6 et 441-7 du Code pénal).**

Je reconnais avoir pris connaissance qu'une fausse déclaration m'exposerait à des sanctions pénales et/ou des peines d'emprisonnement.

Fait à :  
Le :

*Signature de l'intéressé(e)  
précédée de la mention « Lu et approuvé »*

<sup>(1)</sup> *barrer la mention inutile*

*N.B : Les informations recueillies sont utilisées par la Cellule d'action sociale et la plateforme CHORUS du rectorat de l'académie de la Guadeloupe.*

*Elles sont uniquement destinées à traiter administrativement et financièrement votre dossier de demande de prestations d'action sociale.*

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent.*

Observations particulières (à porter à la connaissance du service) :

.....

.....

.....

.....

## CONDITIONS GENERALES À REMPLIR

- **Appartenir à l'une des catégories d'agents visés par les lois, décrets et circulaires de la fonction publique suivants :**
  - Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
  - Décret n° 2006-21 du 6 janvier 2006 modifié relatif à l'action sociale au bénéfice des personnels de l'état
  - FP/4 n°1931 – 2B – n°256 du 15 juin 1998
  - DGRH C1-3 du 23 juillet 2007
- **L'enfant (-20 ans) doit être bénéficiaire de l'AAEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé).**
- **Aucune condition de ressources.**

## PIECES A FOURNIR

*Rappel : Tout dossier incomplet ne sera pas étudié*

### Parent

- Photocopie de la pièce d'identité de l'agent
- Photocopie de la carte vitale (numéro INSEE lisible) ou attestation de droits MGEN
- Photocopie intégrale du livret de famille
- Titulaire : photocopie du dernier arrêté d'affectation ou contrat de travail
- Non-titulaire : contrat(s) de travail (durée de 6 mois minimum l'année de la demande pour tous contractuels de droit public rémunérés sur le budget de l'Etat) et dernier arrêté d'affectation
- Photocopie de la dernière fiche de paye ou dernière notification de pension (si retraité)
- Relevé d'identité bancaire **ORIGINAL (pas une copie)** comportera obligatoirement les **nom, prénom** et adresse de l'**agent\***

*\*le RIB doit obligatoirement être celui de la paye de l'agent. En cas de compte-joint, il doit mentionner obligatoirement les prénoms de chacun des conjoints)*

- Annexe 1 (à joindre pour toute 1<sup>ère</sup> demande ou en cas de changement de compte)
- Annexe 2 : Attestation de non-perception d'une aide pour parent d'enfant handicapé

### Enfant

- Photocopie de la pièce d'identité de l'enfant
- Photocopie de la notification d'attribution de l'AAEH délivrée par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) mentionnant un accord d'attribution avec versement mensuel de l'allocation de base.
- Photocopie de l'attestation de « Retour au Foyer » (uniquement pour les enfants en internat).
- Photocopie de la carte d'invalidité (le cas échéant)