

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

Prestation interministérielle (PIM)

- ☐ Enfant résidant au foyer l'intégralité du mois ⁽¹⁾
☐ Enfant résidant en internat avec retour au foyer ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cocher la case

Le dossier COMPLET (imprimé + pièces justificatives) doit être adressé au :

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE GUADELOUPE

Cellule de l'action sociale
Parc d'activités la Providence - ZAC de Dothémare
97183 Les Abymes Cedex
ce.actionsociale@ac-guadeloupe.fr ☎ 0590.47.82.34

⁽¹⁾ 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 :

Eligibilité 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⁽¹⁾ depuis le ____ / ____ / ____ Date de dernière affectation : ____ / ____ / ____

☐ Non titulaire dates du contrat :

Exerce à temps complet / à temps partiel ⁽¹⁾ :%

☐ Retraité(e) date de départ en retraite : ____ / ____ / ____

⁽¹⁾ 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)

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 ⁽¹⁾,

- 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 »*

⁽¹⁾ 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 :**
 - Articles L731-1 à L733-2 du code général de la fonction publique
 - 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'AEEH** (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 en cours de validité
- ☐ 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 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'AEEH 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)

Annexe 2

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEULE

(1) Barrer la mention inutile

Je, soussigné(e) Monsieur/Madame (1).....

Grade :

.....

Lieu

d'affectation.....

Adresse personnelle

.....

Certifie sur l'honneur vivre seul(e) et assumer la charge pleine et entière de mon/de mes enfant(s)

Fait à..... le

Signature

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

(1) Barrer la mention inutile

Je, soussigné(e), employeur (ou représentant de
l'employeur) de Monsieur/Madame

(1).....

Certifie sur l'honneur

☐ qu'il/qu'elle ne bénéficie d'aucune aide ou participation(2)

☐ qu'il/qu'elle a bénéficié d'une aide d'un montant de (2).....€

Pour la prestation sollicitée (même séjour, même enfant)

(2) cochez la bonne case

Fait à..... le

Signature et cachet