

ALLOCATION AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES

DE MOINS DE 20 ANS

Prestation non cumulable avec la Prestation Compensatrice du Handicap (PCH)

Enfant résidant l'intégralité du mois au foyer (1)

Enfant résidant en internat avec retour au foyer (1)

ACTIF (1) : <input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> PRIVE RETRAITE (1) : <input type="checkbox"/> PUBLIC	DEMANDEUR	CONJOINT (E)
Nom d'usage		
Nom de jeune fille (pour les femmes mariées)		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Situation familiale du demandeur (1)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <i>depuis le</i> <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <i>depuis le</i> <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <i>depuis le</i>	<input type="checkbox"/> Vie maritale <i>depuis le</i> <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <i>depuis le</i> <input type="checkbox"/> Séparé(e) <i>depuis le</i>
Adresse personnelle Tél. personnel et mail		
Profession		
Nom établissement ou entreprise		
Adresse du lieu d'exercice Tél. professionnel		
Code établissement (RNE)		

Enfants rattachés au foyer				
Nom	Prénom	Date de naissance	Enfants à charge	Observations

(1) Cocher la case correspondante

Important : ne pas agraffer les documents

**ALLOCATION AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES
DE MOINS DE 20 ANS**

Public Privé (1)

Informations concernant l'enfant handicapé	
Nom et prénom de l'enfant :	Date de naissance :
Taux du handicap :	
Réside au foyer et fréquente en journée l'école de :	
Réside en internat avec retour au foyer depuis le :	
Bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) (1) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

(1) Cocher la case correspondante

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à remplir obligatoirement)

Je soussigné(e),, atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts et m'engage à signaler à l'administration tout changement familial ou professionnel qui pourrait intervenir dans ma situation au cours de l'année et d'adresser toutes les pièces justificatives correspondantes.

Fait à le.....

Signature du demandeur

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 du Code pénal). L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L.583-3 du code de la sécurité sociale).

Pièces justificatives à joindre

► La notification de décision d'attribution de l'AEEH délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) mentionnant un accord d'attribution avec versement mensuel de l'allocation de base.

► L'attestation de « Retour au Foyer » (uniquement pour les enfants en internat).

Cadre réservé à l'administration

N° de DP :

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Lors de la première demande dans l'académie **ou** en cas de changement de situation :

- Un relevé d'identité bancaire original comportant le nom, prénom et adresse du demandeur
- Une photocopie complète du livret de famille tenu à jour (parents et enfants)

Lors de la première demande de l'année en cours :

- Une photocopie du dernier bulletin de salaire pour les personnels en activité ou un certificat de pension pour les personnels retraités
- Une photocopie du contrat de travail (d'une durée de six mois minimum de l'année de demande pour tous contractuels de droit public rémunérés sur le budget de l'état)
- En cas de divorce ou séparation → copie du jugement de divorce ou du Juge aux Affaires Familiales (uniquement la première page ainsi que celle précisant la résidence des enfants) **ou** attestation de l'avocat ayant engagé la procédure **ou** relevé de compte du mois de la CAF (précisant le profil)
- Une attestation de versement ou de non-versement de prestation(s) datée et signée par l'employeur du conjoint (modèle ci-joint)

Le dossier **complet** et **dûment rempli** est à envoyer **par voie postale** à l'adresse ci-dessous :

Direction des Services Départementaux de L'Education Nationale de la Loire Atlantique

Service Académique d'Action Sociale - 8 Rue du Général Margueritte

BP 72616 - 44326 NANTES CEDEX 03

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

A remplir directement par l'employeur du conjoint sur cet imprimé

ou

joindre une attestation de l'employeur du conjoint comprenant les renseignements ci-dessous.

Je soussigné(e),

Certifie que M. / Mme

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra pas de participation financière pour les prestations suivantes (1) :

- Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans
- Allocation pour les jeunes adultes handicapés étudiants
- Aide aux enfants handicapés pour séjour en centre de vacances spécialisés
- Aide aux parents effectuant un séjour médical

Enfant(s) concerné(s) :

.....
.....

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous.

Participation de l'employeur :

Fait à le

Cachet et signature :

(1) Cocher la / les case(s)