ACADÉMIE DE NANTES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Loire-Atlantique

PRESTATION INTERMINISTERIELLE (PIM)

ALLOCATION AUX PARENTS DE JEUNES ADULTES HANDICAPES ETUDIANTS de 20 à 27 ANS

ACTIF (1) : ☐ **PUBLIC** ☐ **PRIVE** **RETRAITE (1) :** ☐ **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)	☐ Célibataire ☐ Marié(e) *depuis le*…….. ☐ Veuf(ve) *depuis le*…… ☐ Pacsé(e) *depuis le*……..……	☐ Vie maritale *depuis le* …….. ☐ Divorcé(e) *depuis le* …….. ☐ Séparé(e) *depuis le* …….....
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 agrafer les documents

ACADÉMIE DE NANTES
Liberté Égalité Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire-Atlantique

PRESTATION INTERMINISTERIELLE (PIM)

ALLOCATION AUX PARENTS DE JEUNES ADULTES HANDICAPES

ETUDIANTS de 20 à 27 ANS

☐ Public ☐ Privé **(1)**

Informations concernant le jeune adulte			
Nom	Prénom	Date de naissance	Taux du handicap

(1) Cocher la case correspondante

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à remplir obligatoirement)

Je soussigné(e) :

Nom et prénom du demandeur :

- certifie sur l'honneur que mon enfant poursuit ses études supérieures conformément au justificatif fourni par l'établissement.

- m'engage à signaler à l'administration tout changement familial ou professionnel qui pourrait intervenir dans ma situation au cours de l'année et à 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 Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- La notification de refus d'attribution de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé)
- Un certificat de scolarité

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

<u>ou</u>

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)