

AIDE A LA GARDE D'ENFANTPour l'année scolaire : 2020 - 2021
 direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Loire-Atlantique

Prestation versée, une fois par an, par enfant et par année scolaire



Un exemplaire de cet imprimé, est à adresser à :

Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de la Loire-Atlantique
SERVICE ACADEMIQUE D'ACTION SOCIALE – 8 rue du Général Margueritte
 Boîte postale 72616 44326 NANTES cedex 03

Pour bénéficier de l'aide à la garde d'enfant, vous devez :

- Avoir à charge au moins un enfant de moins de 11 ans,
- Avoir des horaires de **travail atypiques et réguliers sur toute l'année** (avant 8h et après 18h) imposés par la **nécessité absolue du service**.

➢ **Remplir les conditions de ressources suivantes :**

4 251	<	QF	≤	4 250.....	155€
5 701	<	QF	≤	5 700.....	140€
7 151	<	QF	≤	7 150.....	125€
8 601	<	QF	≤	8 600.....	110€
10 501	<	QF	≤	10 500.....	95€
				12 400.....	80€

Comment calculer son QF (Quotient familial)

QF = $\frac{\text{Revenu brut global des revenus N-2}}{\text{Nombre de parts fiscales N-2}}$

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

INFORMATIONS SUR LE(S) ENFANT(S)

Nom Prénom	Date de naissance	A charge	Observations
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Exposer de façon concise et précise le motif de la demande :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le demandeur, soussigné (e) NOM, prénom

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus,
- s'engage à signaler à l'administration tout changement familial, professionnel ou bancaire qui pourrait intervenir dans sa situation au cours de l'année et à adresser toutes pièces justificatives de ce changement.

Fait à le

Signature

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).

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE

- Emploi du temps hebdomadaire certifié par l'Etablissement d'affectation, précisant les contraintes horaires par nécessité absolue de service de l'année scolaire concernée.
- Dans le cas d'un couple d'agents de la Fonction Publique, fournir pour le conjoint une attestation de non-versement de la même prestation, rédigée de l'employeur du conjoint : Collectivités Territoriales, fonction Publique hospitalière ou Etablissement Public géré par l'Etat.