

ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADEMIQUE (ASIA)

AIDE AUX PARENTS ISOLES

Prestation versée une seule fois par an

dans un délai de 12 mois à partir du changement de situation familiale

Pour l'année : 2020

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 Général Margueritte – B.P. 72616 – 44326 NANTES CEDEX 03

Pour bénéficier de l'aide académique aux parents isolés, vous devez :

- **Vivre seul(e)**, c'est-à-dire ne pas avoir de conjoint(e), de pacsé(e), ou de concubin(e),
- Avoir à charge au moins **un enfant de moins de 20 ans**,
- **Remplir les conditions de ressources suivantes :**

	QF	≤	7 500 €.....	475 €
7 501 €	<	QF	≤	10 500 €..... 300 €
10 501 €	<	QF	≤	12 400 €..... 200 €

Comment calculer son QF (Quotient Familial) :

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

NB : En cas de séparation avec résidence alternée de tous les enfants, le montant de la prestation est divisé par 2.

ACTIF	RETRAITE	DEMANDEUR			
<input type="checkbox"/> PUBLIC	<input type="checkbox"/> PUBLIC				
<input type="checkbox"/> PRIVE	<input type="checkbox"/> PRIVE (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"/> Divorcé(e) depuis le..... <input type="checkbox"/> Veuf(ve) depuis le..... <input type="checkbox"/> Séparé(e) depuis le..... <div style="text-align: right;">(1)</div>			
Adresse personnelle					
Tél. personnel et mail					
Profession					
Nom établissement					
Adresse du lieu d'exercice					
Tél. professionnel					
Code établissement (RNE)					
INFORMATIONS SUR LE(S) ENFANT(S)					
Nom	Prénom	Date de naissance	A charge		Observations (2)
			Oui	Non	

(1) Cocher la case correspondante

(2) Préciser si l'enfant à charge est scolarisé, étudiant, salarié, demandeur d'emploi, handicapé.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à remplir obligatoirement)

Je soussigné(e) :

NOM et PRENOM du demandeur :

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus,
- Déclare vivre seul(e) et assumer seul(e) la charge effective et permanente des enfants désignés ci-dessus,
- 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 pièces justificatives de ce changement.

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).

Pièce obligatoire à joindre uniquement en cas de changement de compte :

- RIB, RIP original au nom et prénom de l'agent Education Nationale demandeur.