



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Rectorat

Division de l'accompagnement
médical social professionnel

DAMESOP 2
Service de l'action sociale

Téléphone :
01-57-02-63-96 / 63-97
01-57-02-68-03 / 64-34
01-57-02-68-16/ 69- 29

Fax :
01-57-02-64-47

Mél : ce.damesop@ac-creteil.fr

4 rue Georges Enesco
94010 Créteil cedex
www.ac-creteil.fr

NOM DU DEMANDEUR :

**ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE
PREMIERE AFFECTATION DANS
L'ACADEMIE DE CRETEIL**

Aide cumulable avec les PIM AIP, AIP Ville et l'ASIA CIV ainsi que l'ASIA caution

BÉNÉFICIAIRES :

Personnels titulaires, stagiaires,
AED et AESH

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Être affecté(e) pour la première fois dans l'académie de Créteil

Pas de condition de logement

Pour les célibataires sans charge de famille : prise en compte de l'indice nouveau majoré INM inférieur ou égal à 489

Autres situations : quotient Familial (revenu net imposable/ nombre de parts) inférieur ou égal à **14 300 €**

Agents arrivant de province, de l'étranger ou des DOM TOM :

INM inférieur ou égal à 489 : **400 €**

INM supérieur à 489 : **200 €**

Agents résidant en région parisienne avant l'affectation dans l'académie :

INM inférieur ou égal à 489 : **200 €**

INM supérieur à 489 : **100 €**

Agents contractuels ayant réussi le concours de professeur des écoles : 200 €

**LE DÉLAI DE RECEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 6 MOIS À
COMPTER DE LA DATE DE PRISE DE FONCTION. CELLE-CI EST PAYÉE
DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 6 MOIS DE
VALIDITÉ NE SONT PAS ÉCOULÉS.
LE TAMPON D'ARRIVÉE DANS LE SERVICE FAISANT FOI**

À QUI ADRESSER VOTRE DEMANDE D'AIDE ?

Rectorat de Créteil

Division de l'accompagnement médical social et professionnel – DAMESOP 2

4 rue Georges Enesco – 94010 CRÉTEIL cedex

Téléphone : 01-57-02-63-96 / 63-97 / 64-07 / 64-34 / 68-03 / 68-16 / 69-29

ce.damesop@ac-creteil.fr

Les demandes de prestations sociales ne sont pas recevables par mél.



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Nom – Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Né(e) le _____ à _____

N° de sécurité sociale : _____

Adresse actuelle : _____ Adresse précédente : (obligatoire)

Adresse électronique **professionnelle** : _____

Téléphone : _____

Situation familiale : marié(e) union libre pacsé(e)
 divorcé(e) séparé(e) veuf(ve) célibataire

Situation professionnelle :
 titulaire stagiaire contractuel INM (indice nouveau majoré)

Date d'entrée dans l'Éducation Nationale : _____

Emploi actuel : _____

Nom et adresse de l'établissement : _____

Code RNE _____ Téléphone : _____

Date et signature :

CONSTITUTION DU DOSSIER :

- ⇒ Relevé d'identité bancaire avec IBAN à vos nom et prénom.
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Photocopie de l'avis d'affectation ou de l'arrêté de nomination ou de l'extrait individuel de l'arrêté collectif rectoral portant date et signature.
- ⇒ Pour les enseignants du premier degré : attestation de prise de fonction datée et signée par le/la directeur(trice)
- ⇒ Photocopie de l'avis d'imposition ou non-imposition N-1 (ex : pour l'année scolaire 2017/2018 avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016) sous format A3. En cas de PACS ou de concubinage il est impératif de fournir les deux avis d'imposition.
- ⇒ Photocopie de la déclaration pré-remplie de revenus du foyer fiscal de rattachement si déclaration avec les parents.
- ⇒ Photocopie du contrat de travail en cours pour les contractuels
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre, attestation sur l'honneur de concubinage avec les noms, prénoms et dates de naissance des conjoints.

Vous assumez seul(e) la charge de votre (vos) enfant(s) :

- ⇒ Vous êtes célibataire ou séparée : attestation sur l'honneur ci-jointe



ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEULE

Je soussigné(e) _____

Grade : _____

- * certifie sur l'honneur être célibataire, sans enfant à charge
- * certifie sur l'honneur assumé seul(e) la charge pleine et entière de mon (mes) enfant(s)
- * certifie sur l'honneur assumé en garde alternée la charge de mon (mes) enfant(s)
- ** certifie sur l'honneur vivre seul(e) depuis le _____

Fait à _____ le _____ Signature originale

- * Cocher la mention correspondant à votre situation
** Pour les séparé(e)s, divorcé(e)s, veuf ou veuve.

La loi punit sévèrement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration
(articles L 554 et L 583-3 du code de la sécurité sociale et article 150 du code pénal).