

NOM DU DEMANDEUR :



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

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



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE

### AIDE AUX FRAIS DE JUSTICE

**Prestation versée en une ou deux fois en première instance et une fois seulement en cas d'appel**

#### **BÉNÉFICIAIRES :**

Personnels titulaires, stagiaires, retraités, ou contractuels (contrat en cours de 6 mois minimum),  
AED et AESH

#### **CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

Avoir à régler des frais de justice liés à un changement de situation familiale (séparation, divorce, garde des enfants)

Indice nouveau majoré inférieur ou égal à 489 pour les personnes seules sans enfants à charge

Quotient familial inférieur ou égal à 14300€ (revenu imposable divisé par le nombre de parts)

#### **MONTANT DE LA PRESTATION :**

50% des frais d'honoraires, montant **plafonné à 1000 €**

#### **Rectorat**

Division de l'accompagnement  
médical social et professionnel

**DAMESOP 2**  
Service de l'action sociale

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

Fax :  
01-57-02-64-47

Mél : [ce.damesop@ac-creteil.fr](mailto:ce.damesop@ac-creteil.fr)

4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil cedex  
[www.ac-creteil.fr](http://www.ac-creteil.fr)

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À COMPTER DE LA DATE DE FACTURATION DE L'AVOCAT. CELLE-CI EST VERSÉE DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 12 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

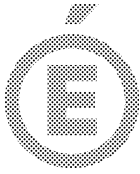
Division de l'accompagnement médical social et professionnel – DAMESOP 2

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](mailto: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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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)

Établissement d'affectation : \_\_\_\_\_  
(dernier poste pour les retraité(e)s)

Code RNE \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Date et signature originale :**

**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 (stagiaire)
- ⇒ 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 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 date de naissance des conjoints.
- ⇒ Photocopie de la ou des facture(s) portant la mention **acquittée, le cachet et la signature de l'avocat.**

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

- ⇒ Vous êtes divorcé(e) : photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfants.
- ⇒ Vous êtes séparé(e) : notification de paiement de la CAF
- ⇒ Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- ⇒ Vous êtes célibataire : attestation sur l'honneur de vie seule 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 assumer seul(e) la charge pleine et entière de mon (mes) enfant(s)
- \* certifie sur l'honneur assumer 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).