

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



AIDE SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE
Allocation aux parents d'enfant
Handicapé ou infirme de moins de 20 ans

BÉNÉFICIAIRES :

AED et AESH

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Etre bénéficiaire de prestations familiales et de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé

Aucune condition d'indice ou de ressources. Versée jusqu'au mois anniversaire inclus.

L'enfant doit avoir un taux d'invalidité **au moins égal à 50 %**.

Attention :

La prestation n'est pas servie lorsque l'enfant perçoit l'allocation de compensation prévue par l'article 39 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

La prestation n'est pas servie lorsque l'enfant perçoit prestation de compensation du handicap (PCH) prévue par l'article D 245-32-1

Pour les enfants placés en internat, l'allocation est versée pendant les périodes de retour au foyer (fin de semaine et période de congés scolaires)

La demande d'allocation doit être faite à la fin de chaque trimestre (*fin mars, fin juin, fin septembre, fin décembre*) à l'aide d'un état trimestriel complété et signé

Montant de l'allocation : 159.24 € par mois

LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. 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

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

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

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



1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre 4^{ème} trimestre ANNÉE :

NOM : _____ PRÉNOM _____

NOM D'USAGE : _____

NÉ(E) LE : _____ À : _____

GRADE : _____ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

Établissement d'exercice (adresse complète) :

Code RNE de votre établissement d'affectation : _____

Date d'entrée dans l'établissement : _____

Adresse personnelle : _____

Adresse électronique **professionnelle** : _____

Téléphone : _____

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

Date et signature originale :

Renseignements concernant l'enfant handicapé :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

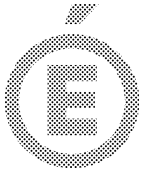
L'enfant est-il en internat : oui non

Période d'attribution de l'AEEH par la MDPH : du _____ au _____

Pourcentage d'invalidité reconnu par la CDAPH : _____

PIÈCES À JOINDRE À CHAQUE DEMANDE :

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ Attestation de paiement de l'AEEH par la CAF.
- ⇒ Attestation sur l'honneur ci-jointe dûment complétée.
- ⇒ Si internat, attestation de présence dans l'établissement d'accueil
- ⇒ Photocopie complète de la décision de la notification MDPH portant cachet et signature.
- ⇒ Photocopie du bulletin de salaire correspondant au premier mois de chaque trimestre
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat de PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre, attestation sur l'honneur de concubinage avec les noms, prénoms et dates de naissance des conjoints
- ⇒ Vous êtes divorcé(e) : photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfants.
- ⇒ Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- ⇒ Vous êtes célibataire : attestation sur l'honneur de vie seule ci jointe
- ⇒ Photocopie du contrat de travail couvrant les mois demandés ci-dessus.



ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Nous soussignés _____ (1)

certifions que _____ (2)

employé(e) dans nos services ne perçoit pas l'Allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes de moins de 20 ans.

Conjoint employé par le rectorat de Créteil

NOM –PRENOM : _____

CACHET, DATE ET SIGNATURE ORIGINALE
du responsable hiérarchique

(1) : Nom de l'employeur

(2) : Nom et prénom de l'employé(e)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____

grade _____

certifie sur l'honneur ne pas vivre maritalement et élever seul(e) mon (ou mes) enfant(s) depuis le _____

certifie sur l'honneur que mon conjoint ou moi-même ne bénéficie pas de l'allocation compensatrice prévue par l'article 39 de la loi 75-534 du 30 juin 1975.

certifie sur l'honneur que mon conjoint ou moi-même ne bénéficie pas de la prestation de compensation du handicap (PCH) prévue par la loi D-245-32-1.

DATE et SIGNATURE ORIGINALE

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).