



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE
MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



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 :

PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE
Allocation aux parents d'enfant
Handicapé ou infirme de moins de 20 ans

BÉNÉFICIAIRES :

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum) et retraités

Pour les personnels contractuels, la prestation est servie à partir du 1^{er} jour du 7^{ème} mois du contrat.

Les AED, AESH ne peuvent prétendre à cette prestation.

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.

☐ 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.

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).
