



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



NOM DU DEMANDEUR :

PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE
Allocation pour jeunes adultes atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap et poursuivant des études, un stage ou un apprentissage professionnel entre 20 ans et 27 ans

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum) et retraités, parents d'un (de) jeune(s) adulte(s) âgé(s) entre 20 et 27 ans (mois anniversaire inclus) atteint(s) d'une maladie chronique ou d'un handicap et ouvrant droit aux prestations familiales.

Les AED et AESH ne peuvent pas prétendre à cette prestation.

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

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

Conditions d'attribution :

Le(s) jeune(s) adulte(s) doit(vent) justifier de la qualité d'étudiant, de stagiaire ou d'apprenti et ne pas bénéficier de l'allocation versée aux adultes handicapés, ni de l'allocation compensatrice.

Aide versée sans conditions de ressources.

MONTANT DE LA PRESTATION : 122.35 € 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

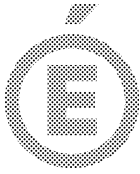
Division de l'accompagnement médical social et professionnel – DAMESOP 2

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 : _____

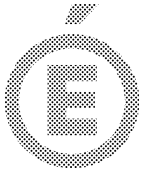
Pourcentage d'invalidité reconnu par la CDAPH : _____

Établissement scolaire, entreprise ou centre d'apprentissage

Études, stage ou apprentissage poursuivis :

Pièces à joindre à CHAQUE demande :

- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre : attestation sur l'honneur de concubinage portant les noms, prénoms et dates de naissance des conjoints.
- ⇒ Attestation de scolarité ou copie de la carte d'étudiant, de la convention de stage ou du contrat d'apprentissage.
- ⇒ Photocopie du bulletin de salaire correspondant au premier mois de chaque trimestre
- ⇒ Photocopie de la carte d'invalidité de la CDAPH ou certificat médical attestant du handicap.
- ⇒ Attestation de non perception de l'allocation aux adultes handicapés ou d'une allocation compensatrice
- ⇒ 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 non perception de l'employeur du conjoint.
- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant nom et prénom du demandeur
- ⇒ Personnel contractuel : photocopie de votre contrat de travail de plus de 10 mois consécutifs



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 plus 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 et de l'allocation aux adultes handicapés.

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).