



**ACADÉMIE
DE NORMANDIE**

Liberté
Égalité
Fraternité

ACADÉMIE DE NORMANDIE
Dossier à retourner au service académique
d'action sociale

**Direction des services départementaux
de l'Éducation nationale du Calvados**
2 place de l'Europe – BP 90 036
14208 HÉROUVILLE ST CLAIR Cedex
Tél. 02.31.45.95.81

**PIM ENFANT
HANDICAPÉ**

Établissement d'exercice
du demandeur
Public Privé



- Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans
 Allocation aux parents de jeunes adultes handicapés poursuivant des études ou un apprentissage de 20 à 27 ans
 Allocation de retour au foyer (enfant scolarisé en internat)

RENSEIGNEMENTS

	Demandeur	Conjoint(e)
Nom d'usage		
Nom de famille		
Prénom		
N° INSEE (sécurité sociale)		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Adresse personnelle N° de téléphone		
Adresse électronique		
Situation familiale du demandeur	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en retraite <input type="checkbox"/> autre (préciser)	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en retraite <input type="checkbox"/> autre (préciser)
Grade administratif		
Profession du conjoint		
Dénomination et adresse complète du lieu d'exercice		
Position du demandeur	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Fonctionnaire stagiaire <input type="checkbox"/> Non titulaire : contrat duau <input type="checkbox"/> Retraité : dernier grade : dernière affectation : <input type="checkbox"/> Veuf(ve) ou orphelin d'un agent de l'éducation nationale : Nom et prénom de l'agent décédé : Dernier grade : Dernière affectation :	

Protection des données – CNIL

Les informations recueillies sur ces formulaires font l'objet, par la DSDEN 14, d'un traitement ayant pour finalité la vérification de vos droits à percevoir une prestation de l'action sociale, sur la base légale d'une mission de service public. Ces informations sont à destination exclusive du service gestionnaire et seront conservées jusqu'à la prochaine campagne de vérification. Conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez du droit d'accès et de rectification sur vos données. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courriel à dspd@ac-normandie.fr en y joignant la copie d'une pièce d'identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

ENFANT(S) POUR LE(S) QUEL(S) LA PRESTATION EST DEMANDÉE

Nom	Prénom	Date de naissance	à charge		Observations
			oui	non	

PIÈCES À JOINDRE DANS TOUS LES CAS

- ☞ copie du dernier bulletin de salaire et pour les personnels non titulaires, copie du contrat de travail (attention : seuls les agents non titulaires liés à l'Etat par un contrat de droit public **conclu pour une durée supérieure ou égale à 10 mois**, rémunérés sur le budget de l'Etat, sont éligibles aux prestations interministérielles, ainsi que les apprentis « Fonction publique »)
- ☞ attestation de non-versement de l'allocation pour la période de validité du dossier, si le conjoint ou concubin est agent de l'Education nationale dans une autre académie, ou fonctionnaire et assimilé dépendant d'un autre ministère
- ☞ un RIB au nom de l'agent demandeur (avec adresse postale actuelle. Ce RIB devra être identique à celui sur lequel est versé le salaire. Pour un couple ayant un compte joint, les deux noms et prénoms doivent apparaître)
- ☞ copie du livret de famille des pages afférent à la situation familiale et aux enfants (en cas de séparation ou de divorce, joindre un justificatif de la garde de(s) l'enfant(s))

PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES À JOINDRE EN FONCTION DE LA PRESTATION DEMANDÉE

Pour l'allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans

- copie de la décision délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) notifiant l'attribution de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H.)

Pour l'allocation en faveur des jeunes adultes handicapés poursuivant des études ou un apprentissage entre 20 et 27 ans

- notification de refus d'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.)
- en cas de maladie chronique ou d'infirmité constitutive de handicap, joindre la décision de la M.D.P.H.
- en cas de maladie chronique ou d'infirmité non consécutive de handicap, joindre un avis d'un médecin agréé par l'administration
- certificat de scolarité pour les étudiants
- contrat d'apprentissage pour les apprentis
- attestation de l'organisme pour les stagiaires de la formation professionnelle

Pour l'allocation de retour au foyer

- attestation semestrielle du centre spécialisé où est placé l'enfant précisant **le nombre de jours des retours au foyer**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),certifie sur l'honneur :

- ne pas percevoir les prestations légales suivantes :
 - la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
 - l'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.)
 - l'allocation différentielle servie au titre des droits acquis (majoration pour tierce personne prévue par l'article 59 de la loi du 30 juin 1975 susvisée)
- l'exactitude des renseignements mentionnés et avoir fourni toutes les pièces justificatives.

Je m'engage à signaler à l'administration tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation au cours de la période de validité du dossier.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 441-1 du code pénal). L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L.583-3 du code de la Sécurité Sociale).

Fait àle

Signature :

**ALLOCATION DE RETOUR AU FOYER
ATTESTATION DU CENTRE SPÉCIALISÉ
(remplir 1 attestation par semestre)**

IDENTIFICATION DU CENTRE

Intitulé :

Adresse :

Code postal : Commune :

ENFANT POUR LEQUEL LA PRESTATION EST DEMANDÉE

Nom – Prénom :

Date de naissance :

1^{er} semestre

2nd semestre

MOIS	Nombre de jours de retour au foyer	MOIS	Nombre de jours de retour au foyer
SEPTEMBRE		MARS	
OCTOBRE		AVRIL	
NOVEMBRE		MAI	
DÉCEMBRE		JUIN	
JANVIER		JUILLET	
FÉVRIER		AOÛT	
TOTAL		TOTAL	

Date :

Signature et cachet du Centre :