|  |  |
| --- | --- |
| logoacdijon | Rectorat de Dijon**Division des affaires financières****DAF 7 - Action sociale** |
| **ACTION SOCIALE D’INITIATIVE ACADÉMIQUE****Exercice 2024**

|  |
| --- |
| **Aide à domicile** |

**A adresser par mail :** **daf7-depot@ac-dijon.fr** **(le plus rapidement possible et au plus tard à la date limite fixée)**

|  |  |
| --- | --- |
| Factures de janvier à marsFactures d’avril à juinFactures de septembre à octobreFactures de novembre à décembre | **= 30 mai 2024****= 30 juillet 2024****= 27 novembre 2024****= 30 janvier 2025** |

**Toute demande incomplète sera rejetée**

|  |
| --- |
| **DEMANDEUR** |
| **Nom d’usage et Prénom** |   | **Né(e) le :**   |
| **Grade**  |   |
| **Etablissement d’exercice**  |   |
| **IBAN : FR**  ∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟ |

 |

**Travaillez-vous à temps plein** : [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**Vous êtes soit :**

* bénéficiaire de la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) [ ]  **OUI** [ ]  **NON**
* déclaré comme tel auprès de votre employeur [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

***Fournir obligatoirement à chaque période* :**

🡆 décision de la MDPH pour la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH)

🡆 attestation de l’employeur justifiant votre déclaration d’agent handicapé

🡆 attestation de non prise en charge par la mutuelle

🡆 facture établie à votre nom mentionnant impérativement la période, le taux horaire et le nombre d'heures

* célibataire, veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) élevant seul 1 ou plusieurs enfants de -16 ans [ ]  **OUI** [ ]  **NON**
	+ *date de naissance de(s) l’enfant(s)*

***Fournir obligatoirement à chaque période :***

🡆 justificatif de la situation familiale soit par une attestation de la CAF mentionnant que vous élevez seul(e) l’(es) enfant(s) ou l’avis d’imposition mentionnant le "T" dans la case "cas particulier" - justificatif de l’âge des enfants - dernier bulletin de salaire

🡆 attestation de non prise en charge par la mutuelle

🡆 facture établie à votre nom mentionnant impérativement la période, le taux horaire et le nombre d'heure

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

Je soussigné(e) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., certifie l’exactitude des renseignements fournis.

Fait à Le Signature

|  |
| --- |
| **PARTIE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION** |
| La présente demande : [ ]  correspond [ ]  ne correspond pas aux critères fixés par l’arrêté rectoral. Je soussigné, recteur de l'Académie de Dijon, décide donc d’octroyer une aide d’un montant de ……………… €  |
| ***Académie de Dijon*** Prog : Centre de coût : RECSAXO021N° pièce : | Pour le recteur et par délégation,La cheffe de division des affaires financièresMagali KHATRI |