|  |  |
| --- | --- |
| 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**](mailto:daf7-depot@ac-dijon.fr) **(le plus rapidement possible et au plus tard à la date limite fixée)**   |  |  | | --- | --- | | Factures de janvier à mars  Factures d’avril à juin  Factures de septembre à octobre  Factures 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 : RECSAXO021  N° pièce : | Pour le recteur et par délégation,  La cheffe de division des affaires financières  Magali KHATRI |