|  |  |
| --- | --- |
| logoacdijon | **Rectorat de Dijon**  **Division des affaires financières**  ***DAF 7***  ***Action sociale***  *2 G rue général Delaborde*  *BP 81921*  *21019 Dijon cedex* |
| PRESTATIONS INTERMINISTERIELLES   |  | | --- | | ***Dossier initial***  **"Allocation aux parents d’enfants handicapésde moins de 20 ans"** |   ***Valable pour du 01/09/2024 au 31/08/2025*** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS** | | |
|  | **Demandeur** | **Conjoint (e) ou concubin (e)** |
| N° INSEE (sécurité sociale) |  |  |
| Nom d'usage (nom d'épouse) |  |  |
| Nom de famille (nom de naissance) |  |  |
| Prénom |  |  |
| Date de naissance |  |  |
| Commune de naissance |  |  |
| Adresse personnelle  N° de téléphone |  | |
| Adresse électronique |  | |
| Situation familiale | Célibataire  Marié(e)  PACS  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf (ve)  Depuis le .Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Situation professionnelle  **au 01/09/2023** | en activité  en retraite  autre (préciser) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Depuis le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | en activité  retraite  autre (préciser) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Depuis le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Grade du demandeur |  |  |
| Profession du conjoint |  |  |
| Dénomination et adresse complète du lieu d’exercice au **01/09/2024** |  |  |
|  | Depuis le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Depuis le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Position du demandeur | Fonctionnaire  titulaire  Fonctionnaire stagiaire  Non titulaire : contrat duCliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Retraité(e) : dernier grade : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  dernière affectation Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Veuf (ve) ou orphelin d’un agent de l’éducation nationale :  Nom et prénom de l'agent décédé : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Dernier grade : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Dernière affectation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
|  |  | |
| Les informations communiquées sont utilisées dans le cadre de la gestion de diverses prestations d’action sociale.  L’agent peut, en application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, demander à y avoir accès et dispose d’un droit de rectification | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENFANTS à charge au moment de la demande** | | | | |
| **NOM** | **Prénom** | **Date de Naissance** | **Lien de parenté** | **Situation scolaire** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom de l'allocataire auprès de la CAF** |  |

|  |
| --- |
| RÉFÉRENCES BANCAIRES |
| IBAN :**FR** ∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟ |

|  |
| --- |
| **PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE** |
| La présente demande doit être adressée au **Bureau Action Sociale du Rectorat – DAF 7**, accompagnée de :  ⇨ Arrêté d'affectation, ou de nomination ou contrat de travail  ⇨ Dernier bulletin de salaire  ⇨ Copie du livret de famille (en cas de séparation ou de divorce, joindre justificatif de la garde des enfants)  ⇨ Relevé d’identité postal ou bancaire *mentionnant le nom et prénom du demandeur* (pour un couple ayant un compte joint les deux noms et prénoms doivent apparaître)  ⇨ Attestation de non-versement de prestation interministérielle pour la période de validité du dossier, si le conjoint ou concubin est agent de l’Education Nationale, mais dans une autre Académie, ou fonctionnaire et assimilé dépendant d’un autre ministère  ⇨ Photocopie de la décision délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H) pour les enfants handicapés   * Attestation de la CAF datée de moins d’un mois justifiant du versement de l’Allocation d’Education Enfant Handicapé (A.E.E.H). |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **ATTESTATION SUR L'HONNEUR** | |
| Je soussigné (e) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. certifie sur l’honneur :   * ne pas percevoir les prestations légales suivantes : * la prestation de compensation du handicap (PCH) * l'allocation aux adultes handicapés * 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 présent dossier.  Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. le **Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.** Signature : |

|  |
| --- |
| 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 150 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). |