|  |  |
| --- | --- |
| logoacdijon | **Rectorat de Dijon****Division des affaires financières****DAF 7 - Action sociale** |
| **PRESTATION INTERMINISTERIELLE (P.I.M.)****Allocation aux parents d’enfants handicapésde moins de 20 ans*****Valable pour du 01/09/2024 au 31/08/2025*** |
| **Demandeur** |
| **Nom d’usage et Prénom** |   | **Né(e) le**   |
| **Grade**  |   |
| **Dénomination et adresse complète du lieu d’exercice**  |   |
| **IBAN : FR**  ∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟ |
| **Enfant** |
| **Nom et prénom**  |   |
| **Date de naissance** |   |
| **Validité de l'AEEH** | du .Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.. au .Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Taux d'incapacité** |   |

Etes-vous bénéficiaire de :

 - la prestation de compensation du handicap (PCH) [ ]  OUI [ ]  NON

 - l'allocation aux adultes handicapés [ ]  OUI [ ]  NON

 - 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) [ ]  OUI [ ]  NON

|  |
| --- |
| **attestation sur l’honneur** |

Je soussigné(e) : ,

certifie l’exactitude des renseignements fournis et m’engage à signaler à l’administration tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation au cours de la période de validité de la présente demande.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fait à  | Le  | 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 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). |