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