

## PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE 2024

### ALLOCATION AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES AGES DE MOINS DE 20 ANS

**2<sup>e</sup> période : avril à juin 2024**

Rectorat DEPAP4  
 Affaire suivie par Sophie BEGUE  
 02 62 48 13 20  
 depap.actionsociale@ac-reunion.fr  
 24, avenue Georges Brassens  
 CS 71003  
 97 743 Saint-Denis cedex

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

RENSEIGNEMENTS	DEMANDEUR	CONJOINT
Nom patronymique		
Nom d'usage ou d'épouse		
Prénom		
Date de naissance		
N° sécurité sociale		
Adresse personnelle		
Adresse mail professionnelle		
Téléphone / Portable		
Dénomination de l'établissement d'affectation / profession du conjoint		
Commune		

**Situation familiale** :  Célibataire     Marié (e)     Divorcé (e)     Veuf (ve)     Pacsé (e)  
     Séparé (e)     Union libre

**Situation administrative** :  Titulaire     Stagiaire     Contractuel (le) de l'État (>=10 mois :  CDD /  CDI)  
     Retraité (e)     Ayant cause

**Date limite retour du dossier : 03 juin 2024**

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ...../...../.....

Age :

Taux d'incapacité :

Période d'attribution de l'AEEH en cours : date de début :...../...../..... date de fin :...../...../.....

Bénéficiez-vous de la prestation de compensation du handicap (PCH) :  oui (joindre justificatifs)  non

L'enfant est-il gardé par vous :  oui  non (1)

(1) Indiquer les nom et prénom de la personne

Indiquer le nom et adresse de l'établissement fréquenté par l'enfant ainsi que le régime :

Externat (nom et adresse) : .....

Demi-pension (nom et adresse) : .....

Internat avec retour au foyer fin de semaine et congés scolaires (nom et adresse) (2) : .....

(2) joindre attestation de l'établissement précisant les dates de retour au foyer

N'est pas scolarisé

Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

**En cas de modification de situation, un ordre de reversement peut être émis à l'encontre de l'agent bénéficiaire.**

A ..... le, ..... / ..... / 2024

Signature du demandeur :

### Pièces à fournir obligatoirement:

- Notification AEEH de la MDPH mentionnant le taux d'incapacité
- RIB ou RIP au format A4
- Attestation jointe de l'employeur du conjoint (si fonctionnaire hors Éducation Nationale)
- Photocopies bulletin de salaire, livret de famille et contrat pour les contractuels (les) **si 1ère demande dans l'académie**

### CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

#### Indemnité 2024 2<sup>e</sup> période : avril à juin 2024

Taux mensuel 2024	Nombre de mois	Montant de l'allocation
183,00 €		€
		N° DP : 2024/05000

Le recteur, certifie : - l'exactitude du présent mémoire, relatif à l'octroi d'une allocation tierce personne s'élevant à la somme de .....€ représentant .....mois au titre de la 1<sup>re</sup> période 2024

- Atteste que les conditions imposées sont remplies.

À Saint-Denis le,

Le recteur,

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT**

**2<sup>e</sup> période : avril à juin 2024**

Je soussigné (1) :

.....

certifie que (2)

Nom.....Prénom.....

employé (e) dans nos services pour la période mentionnée ci-dessus :

n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, « PIM allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes âgés de moins de 20 ans » pour l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

a perçu une prestation à caractère social « PIM allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes âgés de moins de 20 ans » pour l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Montant versé pour la période :

Cachet  
Date et signature originale du responsable du personnel

(1) Nom de l'employeur  
(2) Nom et prénom de l'employé (e)