

PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE 2024

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

4^e période : octobre à décembre 2024

Rectorat DEPAP4
Affaire suivie par Sophie BEGUE
02 62 48 13 20
depap.actionsociale@ac-reunion.fr
24, avenue Georges Brassens
CS 71 003
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 : 04 novembre 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.

Ale,...../...../ 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 4^e période : octobre à décembre 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€ représentantmois au titre de la 1^{re} période 2024

- Atteste que les conditions imposées sont remplies.

À Saint-Denis le,

Le recteur,

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

4^e période : octobre à décembre 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)