

PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE

ALLOCATION AUX PARENTS DE JEUNES HANDICAPES

AGES DE 20 ANS A 27 ANS

1^{re} période : janvier à mars 2024

Rectorat DEPAP4

 Affaire suivie par Olivier TECHER

 02 62 48 13 15

 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		
Téléphone / Portable		
Dénomination de l'établissement d'exercice / 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 : 28 février 2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE ADULTE PORTEUR DE HANDICAP

Nom :

Prénom :

Date de naissance ://

Age :

Taux d'incapacité :

Bénéficiez-vous de prestations familiales pour la période : oui (joindre justificatifs) non (joindre justificatifs)

Bénéficiez-vous de l'AAH (allocation adulte handicapé) : oui (joindre justificatifs) non (joindre justificatifs)

Bénéficiez-vous de l'allocation compensatrice : oui (joindre justificatifs) non (joindre justificatifs)

Indiquer le nom et adresse de l'établissement fréquenté par le jeune adulte porteur de handicap :

.....
.....
.....
.....

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,/...../.....

Signature du demandeur :

Pièce à fournir obligatoirement:

Notification de la MDPH mentionnant le taux d'incapacité ou carte d'invalidité

Notification de la MDPH attribuant ou refusant l'AAH et l'allocation compensatrice

Carte d'étudiant ou contrat de stage ou d'apprentissage pour l'année en cours

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 1^{re} demande dans l'académie**

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Indemnité 1^{re} période : janvier à mars 2024

Taux mensuel	Nombre de mois	Montant de l'allocation
133,78€		€
		N° DP : 2024/5000

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

- Atteste que les conditions imposées sont remplies.

À Saint-Denis le,

Le recteur,

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

1^{re} période : janvier à mars 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 de jeunes handicapés ou infirmes âgés de plus de 20 ans » pour l'étudiant :

Nom : Prénom :

a perçu une prestation à caractère social « PIM allocation aux parents de jeunes handicapés ou infirmes âgés de plus de 20 ans » pour l'étudiant :

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)