

**PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE**  
**Allocation aux parents d'enfant**  
**Handicapé de moins de 20 ans**

Prestation non cumulable avec la **PCH** (Prestation de Compensation du Handicap), l'**AAH** (Allocation aux Adultes Handicapés) et l'allocation différentielle servie au titre des droits acquis (**majoration pour tierce personne** prévue à l'article 59 de la loi du 30 juin 1975)

**BÉNÉFICIAIRES :**

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum) et retraités résidant dans l'académie.  
AESH recrutés et rémunérés par les services déconcentrés (Rectorat et DSDEN) sur le budget de l'état (contrat en cours de 10 mois minimum).

**Pour les personnels contractuels, la prestation est servie à partir du 1<sup>er</sup> jour du 7<sup>ème</sup> mois du contrat.**

**Les AED et les AESH rémunérés par les EPLE ne peuvent pas prétendre à cette prestation.**

**CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

Etre bénéficiaire de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé  
Aucune condition d'indice ou de ressources. Versée jusqu'au mois anniversaire inclus.  
L'enfant doit avoir un taux d'incapacité **au moins égal à 50 %**.

**La demande de renouvellement d'allocation doit être faite tous les 6 mois après la demande initiale. Ce délai doit être raccourci en cas d'arrivée au terme de la validité de la notification MDPH.**

**Le versement de la prestation interviendra tous les trois mois et sera interrompu en cas de non réception de la demande de renouvellement.**

**Montant de l'allocation : 167.54 € par mois**

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. CELLE-CI EST PAYÉE DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 12 MOIS DE VALIDITÉ NE SONT PAS ÉCOULÉS.**  
**LE TAMPON D'ARRIVÉE DANS LE SERVICE FAISANT FOI**

**À QUI ADRESSER VOTRE DEMANDE D'AIDE ?**  
**Les demandes de prestations sociales ne sont pas recevables par mél.**

Rectorat de Créteil  
Division de l'accompagnement social et médical – DASEM 2  
4 rue Georges Enesco – 94010 CRÉTEIL cedex  
Téléphone : 01-57-02-64-07 / 63-97 / 69-29 / 64-34 / 68-16 / 63-96  
Demande de renseignement : [ce.dasem2@ac-creteil.fr](mailto:ce.dasem2@ac-creteil.fr)

**PIÈCES À JOINDRE À LA PREMIERE DEMANDE :**

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ Dernier relevé de compte de la CAF sur lequel figurent vos prestations et votre profil
- ⇒ Attestation sur l'honneur ci-jointe dûment complétée.
- ⇒ Attestation de l'employeur du conjoint ou justificatif de Pôle Emploi.
- ⇒ Si internat, attestation de présence dans l'établissement d'accueil
- ⇒ Photocopie **complète** de la notification MDPH portant cachet et signature.
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat de PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre, attestation sur l'honneur de concubinage avec les noms, prénoms et dates de naissance des conjoints
- ⇒ Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- ⇒ Vous êtes divorcé(e) : photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfant(s).
- ⇒ Vous êtes célibataire, séparée ou veuf(ve): attestation sur l'honneur de vie seule ci jointe
- ⇒ Photocopie du contrat de travail en cours pour les personnels contractuels.

**PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT :**

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom **si changement de coordonnées bancaires**
- ⇒ Dernier relevé de compte de la CAF sur lequel figurent vos prestations et votre profil
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Photocopie du contrat de travail en cours pour les personnels contractuels.
- ⇒ Notification de la MDPH portant cachet et signature, **si modification des droits**

1ERE DEMANDE

RENOUVELLEMENT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

GRADE : \_\_\_\_\_ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

Établissement d'exercice (adresse complète) : \_\_\_\_\_

Code RNE de votre établissement d'affectation : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle :

titulaire  contractuel **INM** (indice nouveau majoré)

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Adresse électronique **professionnelle** : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  célibataire  union libre  séparé(e)  marié(e)  pacsé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

**Renseignements concernant l'enfant handicapé :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il en internat :  oui  non

Période d'attribution de l'AEEH par la MDPH : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Pourcentage d'incapacité reconnu par la CDAPH : \_\_\_\_\_

**Date et signature originale :**

### ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(1)

Nous soussignés \_\_\_\_\_ (2)

certifions que \_\_\_\_\_ (3)

employé(e) dans nos services ne perçoit pas d'Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans au titre de l'année \_\_\_\_\_

Conjoint employé par l'académie de Créteil, noter **uniquement** ses NOM PRENOM et DATE DE NAISSANCE

NOM – PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

CACHET, DATE ET SIGNATURE ORIGINALE  
du responsable hiérarchique

(1) pour les conjoints employés par une autre académie ou par un autre ministère, fournir l'attestation émanant de leur service de l'action sociale

(2) : Nom de l'employeur

(3) : Nom et prénom de l'employé(e)

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que l'enfant \_\_\_\_\_ est à **ma charge** au sens des prestations familiales, **qu'il n'est pas placé en internat** avec prise en charge intégrale par l'Etat, l'assurance maladie ou par l'aide sociale des soins, des frais de scolarité et d'internat, et **que je ne perçois pas pour mon enfant** :

- la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

- l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

- L'allocation différentielle servie au titre des droits acquis (majoration pour tierce personne prévue à l'article 59 de la loi du 30 juin 1975)

Je m'engage à **signaler tout changement, ayant un impact sur la recevabilité de ma demande, qui pourrait intervenir dans ma situation personnelle ou professionnelle au cours de la période de validité du présent dossier.**

En cas de modification non signalée, un ordre de reversement sera émis à mon encontre.

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE ORIGINALE DU DEMANDEUR :**

Faire précéder la signature de la mention « **Lu et approuvé** »

