

ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE
AIDE AUX FRAIS D'OBSÈQUES

BÉNÉFICIAIRES :

Personnels titulaires, stagiaires ou contractuels, AESH, AED (contrat en cours de 6 mois minimum),

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

QF inférieur ou égal à **14300 €**

Prestation servie lors du décès d'un enfant ou du conjoint non retraité, n'ouvrant pas droit au capital décès de la fonction publique d'état, territoriale ou hospitalière.

Prestation versée également à un enfant sans revenus à charge fiscalement du parent, agent de l'éducation nationale, décédé n'ouvrant pas droit au capital décès de la fonction publique.

MONTANT : 1500 €

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 6 MOIS À
COMPTER DE LA DATE DU DÉCÈS. PRESTATION SERVIE DANS LA LIMITE
DES CRÉDITS DISPONIBLES MEME SI LES 6 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

CONSTITUTION DU DOSSIER

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN à vos nom et prénom
- ⇒ Photocopie avis d'imposition N-1
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire,
- ⇒ Photocopie du contrat de travail en cours du demandeur pour les contractuels
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille
- ⇒ Contrat PACS
- ⇒ Photocopie du certificat de décès et dernier bulletin de salaire du défunt
- ⇒ Vous êtes divorcé(e) : photocopie du jugement officiel attestant la charge des enfants, lors du décès d'un enfant

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom – Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Né(e) le _____ à _____

N° de sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Adresse électronique **professionnelle** : _____

Téléphone : _____

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

Nom et adresse de l'établissement : _____

Code RNE : _____ Téléphone : _____

Situation professionnelle :
 titulaire stagiaire contractuel **INM** (indice nouveau majoré)

Nom – prénom du défunt : _____

Profession : _____

Lien de parenté avec le demandeur : _____

Date et signature originale du demandeur

