

**PIM – Allocation aux parents d’enfants handicapés ou
Infirmes âgés de moins de 20 ans**

Renseignement concernant le demandeur

Nom d’usage : Prénom :

Nom patronymique :

N° Sécurité Sociale : Date de naissance :

Célibataire Marié PACS Veuf Séparé Divorcé Concubinage

Situation familiale depuis le :

Adresse personnelle :

.....

Tél: Courriel :

Etablissement d’affectation :

Grade :

Position d’activité oui non si non Disponibilité retraite autre :

Avez-vous déjà bénéficié d’un congé parental oui non, si oui du au

Renseignements concernant le père (mère) de l’enfant en situation de handicap

Nom d’usage et prénom :

Nom patronymique : né(e) le :

Profession : Employeur :

Nom et adresse de l’employeur :

.....

.....

Le père (ou mère) de l’enfant perçoit-il un aide similaire de la part de son employeur ?

oui non, si oui quel en est le montant :

Renseignements concernant l'enfant

Nom et prénom de l'enfant :

Date de Naissance : Taux d'incapacité :

A.E.E.H attribuée du au

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

Votre enfant est-il placé dans un établissement : oui non

Si oui est-il ? externe interne

Avec prise en charge intégrale : oui non

Je certifie sur l'honneur n'avoir pas perçu de prestation de même nature et que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts.

Je m'engage à signaler immédiatement tout fait nouveau modifiant la présente demande.

Fait à, le.....

Signature

« Les personnes qui auraient fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de prestations devront rembourser les sommes indûment perçues par elles sans préjudice éventuellement des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur »

Dossier à renvoyer au

RECTORAT - DAMÉRAS - Bureau de l'Action Sociale

31 rue de l'Université

CS 39004

34064 MONTPELLIER cedex 2



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PIM- allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT
à REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU SERVICE d'ACTION SOCIALE**

Je soussigné (1)

Service

Adresse

Coordonnées téléphoniques

certifie (2) que

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type
« allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans » pour l'enfant :

.....

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous

Participation de l'employeur :

CACHET

Date et signature originale

**du responsable du service d'action
sociale**

Pièces à fournir impérativement

- Photocopie de la notification de décision d'attribution de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)
- Attestation sur l'honneur de non perception de la prestation de compensation du handicap (PCH)
- un relevé d'identité bancaire ou postale, original et récent du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'un justificatif de la CAF.
- photocopie du dernier bulletin de salaire du demandeur et du conjoint.
(si conjoint sans activité, joindre notification Pôle Emploi, notification d'admission à la retraite ou attestation sur l'honneur)
- photocopie de l'arrêté de mise à la retraite s'il y a lieu
- copie du contrat de travail de durée initiale de 10 mois pour les agents non titulaires
- attestation de l'employeur du conjoint (service aides sociales) certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint),
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.