



**ACADÉMIE  
DE GRENOBLE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Rectorat de Grenoble  
Division Budgétaire et Financière**

Réf N° : 20223  
Affaire suivie par :  
DBF1- prestations complémentaires  
Isabelle GENEUREUX  
Tél. : 04 76 74 70 72  
Mél : [isabelle.genereux@ac-grenoble.fr](mailto:isabelle.genereux@ac-grenoble.fr)  
[ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr)

Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

## **FICHE N° 9**

# **AIDE AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES (PIM)**

### **I - Objectif**

- aider financièrement le personnel ayant un enfant handicapé.

### **II - Conditions**

- allocation aux parents d'enfant handicapé de moins de 20 ans
- allocation pour un enfant handicapé poursuivant des études ou un apprentissage entre 20 et 27 ans
- séjour en centre de vacances spécialisé sans limite d'âge, 45 jours/an au maximum

### **III - Montant de l'aide**

- pour les prestations : selon barème national
- pour les séjours : selon facture

### **IV - Instruction du dossier**

- division budgétaire et financière du rectorat – Bureau DBF 1 – Prestations complémentaires

**DOSSIER A ENVOYER EN 1 SEUL EXEMPLAIRE**





## FICHE 9 (PIM)

### ANNEXE 1

**En application des dispositions de la circulaire FP n°1931 du 15 juin 1998 relative aux prestations d'action sociale à réglementation commune et conformément à la circulaire ministérielle en date du 20 janvier 2015 qui précise la règle applicable en matière de cumul, la prestation interministérielle « allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de vingt ans » et la prestation familiale légale « prestation de compensation du handicap » ne sont pas cumulables.**

Afin de me permettre de procéder à l'actualisation de vos droits, je vous invite à envoyer dans les meilleurs délais par mail à [ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr)

**Une déclaration de la MDPH dont vous dépendez attestant qu'en qualité de représentant légal vous ne percevez pas la PCH pour votre (vos) enfant(s) (ou à défaut une attestation sur l'honneur Annexe 2)**

Par ailleurs, je vous rappelle l'obligation de me signaler en temps utile toute modification, au cours de la période où il perçoit la prestation, pouvant avoir une incidence sur son versement - changement d'adresse, de RIB, de POSITIONS (DISPONIBILITE MUTATION...)

**LES SERVICES GESTIONNAIRES NE FOURNISSENT AUCUNE INFORMATION CAR LES DOSSIERS HANDICAP SONT CONFIDENTIELS**

**En cas de modification non signalée ou signalée tardivement un ordre de reversement sera émis à l'encontre de l'agent ayant perçu une aide à tort.**

**Tout cas de fraude ou de fausse déclaration est punissable conformément aux articles 441-1 et suivants du code pénal**

**Ci-après, partie à compléter, à signer, à joindre à l'attestation de la MDPH ou à l'attestation sur l'honneur et à renvoyer à l'adresse précisée ci-dessus**

Je soussigné (e) Mme/M. \_\_\_\_\_

Père / mère / tuteur légal de l'(les) enfant(s) nom/prénom(s) \_\_\_\_\_

demeurant à (**adresse complète**)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**s'engage à signaler tout changement relatif aux aides légales dont l'(les) enfant(s) bénéficie(nt).**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

## IMPORTANT

**Le versement de la prestation interministérielle versée par nos services est conditionné par le versement de l'AAEH et la non perception de la PCH et sera interrompu en l'absence de pièces justificatives.**

**Aux dates d'échéance de la notification MDA /MDPH, il est impératif d'anticiper et de transmettre la nouvelle notification et l'annexe 1 A JOUR**



**ACADÉMIE  
DE GRENOBLE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Rectorat de Grenoble  
Division Budgétaire et Financière**

## **FICHE 9 (PIM)**

### **ANNEXE 3**

#### **Attestation sur l'honneur de non perception de la PCH**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Je soussigné Mme/M. \_\_\_\_\_, certifie sur l'honneur ne pas  
bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH) pour mon enfant \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_ et je m'engage à signaler tout changement modifiant cette déclaration.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature



## ANNEXE 3

### PRESTATIONS INTERMINISTERIELLES ATTESTATIONS DE NON SUBVENTIONS

Aides extérieures éventuelles : le justificatif des sommes versées doit obligatoirement être fourni

Attestation non subvention **du conjoint** :

1. Pour les couples de fonctionnaires, mariés, concubins ou pacsés (agents de l'Etat, territoriaux, contractuels et/ou assimilés) :

→ Fournir une attestation de non-versement de subventions interministérielles de l'administration rémunérant le conjoint ou concubin ou pacsé.

2. Autres situations :

→ Joindre une attestation datée et signée de l'employeur du conjoint comprenant les renseignements ci-dessous : (**voir formules type ci-dessous**) ou le modèle fourni (**annexe 3 bis**)

*Je, soussigné(e), M/Mme ....., [fonction dans l'entreprise] atteste que M/Mme ....., employé(e) en qualité de ....., ne bénéficie pas d'aides sociales [nom de la prestation concernée] au sein de notre entreprise pour ses enfants : [noms et date de naissance des enfants]*

*Je, soussigné(e), M/Mme XX, [fonction], atteste que M/Mme XX n'a pas bénéficié et ne bénéficiera pas de l'aide [nom] / des aides : [liste des aides] pour ses enfants [noms et date de naissance des enfants]."*



## **FICHE 9 (PIM)**

### **ANNEXE 3 bis**

#### **PRESTATIONS INTERMINISTERIELLES ATTESTATION DE NON SUBVENTION **Modèle employeur****

**A remplir directement par l'employeur du conjoint sur cet imprimé**

Je soussigné(e), (nom, qualité)

---

---

Certifie que M. / Mme (nom, prénom)

---

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra pas de participation financière pour les prestations suivantes (1) :

- Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans
- Allocation pour les jeunes adultes handicapés étudiants
- Aide aux enfants handicapés pour séjour en centre de vacances spécialisés
- Séjours en centres de loisirs sans hébergement
- Séjours en centres de vacances avec hébergement ou mini-camp
- Séjours linguistiques pendant les vacances scolaires
- Séjours en centres familiaux de vacances
- Séjours dans le cadre du système éducatif

Enfant(s) concerné(s) :

---

---

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

---

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet et signature :