

Réf N° : 2023
Affaire suivie par :
DBF1- prestations complémentaires
Isabelle GENEUREUX
Tél. : 04 76 74 70 72
Mél : isabelle.genereux@ac-grenoble.fr
ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr

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

FICHE N° 9 BIS

AIDE AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES

Document réservé exclusivement aux personnels AESH et AED NON rémunérés sur le budget de l'Etat (ASIA)

I - Objectif

- aider financièrement le personnel AESH et AED non rémunéré sur le budget de l'Etat 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 mis en place pour les PIM
- 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

AIDE AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES

N° tiers CHORUS :

NOM : _____ Prénom : _____
Grade : _____
Adresse : _____
N° Sécurité Sociale : _____
CP : _____ Ville : _____
Mél : _____ @ _____
N° téléphone _____

Pièces à joindre dans tous les cas :

- Dernier bulletin de salaire ou titre de pension
- Pour le conjoint : bulletin de salaire et attestation de l'employeur de non perception d'une aide similaire
- Copie intégrale du livret de famille
- RIB avec le nom et le prénom du demandeur
- Procès-verbal d'installation ou arrêté de nomination
- En cas de divorce, une copie de l'extrait du jugement faisant apparaître la garde de l'enfant
- Une lettre manuscrite pour une demande de prestation interministérielle pour parent d'enfants handicapés
- Attestation de fin de versement de l'académie d'origine

Subvention enfant de moins de 20 ans

- Notification de décision d'allocation d'éducation d'enfants handicapés (AEEH)
- Attestation de non perception de la PCH (prestation compensatrice du handicap) ou attestation sur l'honneur
- Formulaire en annexe à compléter (**ANNEXE 1**)

Subvention pour enfant atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap poursuivant des études ou un apprentissage au-delà de 20 ans et jusqu'à 27 ans

- Certificat d'inscription justifiant la poursuite de la scolarité ou de l'apprentissage
- Un justificatif d'une incapacité permanente d'au moins 50 % (notification MDPH, certificat médical, carte invalidité)
- Attestation de non perception de l'AAH (allocation d'adulte handicapé) et de la PCH

Subvention pour les séjours des enfants handicapés

- Notification de décision d'allocation d'éducation d'enfants handicapés (AEEH) ou un justificatif d'une incapacité permanente d'au moins 50 %
- Facture acquittée



Partie à faire remplir par le responsable de la structure d'accueil (séjours des enfants handicapés)

Pour l'enfant	Age	Dates du séjour	Nombre de jours	Montant

Identification de l'organisme :

NOM _____

N° D'AGREMENT : _____

ADRESSE : _____

CACHET

Je, soussigné _____, responsable de la structure d'accueil, atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.

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

Je soussigné(e) _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements demandés.

Signature

Cadre réservé à l'administration

N° TIERS

N° DP CHORUS

Subventions accordées du

au

Montant :

FICHE 9 bis (ASIA)

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

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

FICHE 9 BIS (ASIA)

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 BIS (ASIA)

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 :