



**ACADÉMIE
DE GRENOBLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Rectorat de Grenoble
Division Budgétaire et Financière**

DBF33
ce.dbf3@ac-grenoble.fr
Réf N° 2018/9

Affaire suivie par :
Patricia TRINCAT
Tél. : 04 76 74 70 72
Mél : patricia.trincat@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

- Service d'action sociale du rectorat (**1^{er} et 2nd** degré)

DOSSIER A ENVOYER EN 1 SEUL EXEMPLAIRE

Annexe 1 FICHE 9

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** :

au

**Rectorat de Grenoble
DBF 33– Action sociale
CS 81065
38021 GRENOBLE CEDEX 1**

- Une copie de la décision de la CDAPH portant refus de la demande éventuelle de la PCH
- OU** une attestation de non attribution de la PCH émise par la MDPH dont vous dépendez
- A défaut, une attestation sur l'honneur de non perception de la PCH .

Par ailleurs, je vous rappelle la nécessité de me signaler en temps utile toute modification pouvant avoir une incidence sur le paiement de cette prestation - changement d'adresse, de RIB.

Le non renvoi du présent formulaire complété et de l'attestation MDPH autorise l'administration à suspendre le paiement de la prestation.

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) M.
Père/ mère/ tuteur légal de(s) (l')enfant(s) ((nom/prénom(s))

demeurant à (**adresse complète**)
.....
.....

S'engage à signaler tout changement relatif aux prestations légales (Prestation de Compensation du Handicap PCH / l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH) dont l' (les) enfant(s) bénéficie(nt).

Fait à le

IMPORTANT

le versement de la prestation interministérielle est conditionné par le versement de l'AEEH et la non perception de la PCH et sera interrompu en l'absence des 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 9 A JOUR