

CORRESPONDANTS ET LISTE DES AIDES DE L'ACTION SOCIALE

Premier degré (public et privé) : géré par les services des directions des services départementaux

Second degré (public et privé) et services académiques : gérés par la DBF1 du rectorat

La circulaire de rentrée, la fiche individuelle de chaque aide et leur formulaire peuvent être consultés et téléchargés sur le site internet de l'académie <https://www1.ac-grenoble.fr/article/action-sociale-pour-les-personnels-121475> et sur le PIA <https://pia.ac-grenoble.fr/portail/node/3987/circulaire/rectorat-dbf-2022-2023-circulaire-action-sociale>

CORRESPONDANTS RECTORAT :

DIVISION BUDGETAIRE ET FINANCIERE
DBF1 - PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES
7 place Bir-Hakeim - CS 81065 - 38021 GRENOBLE CEDEX

Isabelle Généreux (PIM) : 04 76 74 70 72
Christian Di Tommaso (ASIA) : 04 76 74 76 72
Mail: ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr

SERVICES CORRESPONDANTS DES DIRECTIONS DES SERVICES DEPARTEMENTAUX :

DSDEN ARDECHE : Mme Armelle Robert - Place André Malraux BP 627 07006 PRIVAS tél : 04 75 66 93 23
DSDEN DRÔME : Mme Ludivine Reynaud - Centre Brunet BP 1011 26015 VALENCE Cedex tél : 04 75 82 35 68
DSDEN ISERE : Mme Nabila Rehioui - Cité administrative rue J. Chanrion 38032 GRENOBLE Cedex tél : 04 76 74 79 94
DSDEN SAVOIE : Mme Valérie Michel - 131 avenue de Lyon 73018 CHAMBERY Cedex Tél : 04 79 69 96 76
DSDEN HAUTE SAVOIE : Mme Laure Chapuis - 7 rue Dupanloup 74040 ANNECY Cedex tél : 04 50 88 47 07

AIDES DE L'ACTION SOCIALE ANNEE 2023-2024

PRESTATIONS	CORRESPONDANT	BENEFICIAIRES – PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE	CRITERES	MONTANT	PIECES DEMANDEES ORIGINAL + COPIE (2 EX) POUR FORMULAIRE ET FACTURE(S)
FICHE N° 1 AIDE A L'INSTALLATION (ASIA)	Christian DI TOMMASO	Nouveaux titulaires Personnels devant changer de résidence	Première affectation après l'année de stage Déménagement suite à événement familial (<i>naissance, séparation...</i>) Non cumulable avec l'AIP-CIV Quotient familial : ≤ 12 500 €	500 €	Photocopie dernière fiche de paye Photocopie de l'avis d'imposition année civile N-1 Attestation sur l'honneur de la situation familiale Arrêté d'affectation Photocopie du livret de famille, en cas de divorce photocopie du jugement Contrat de location RIB avec nom et prénom de l'agent
FICHE N° 2 AIDE A L'INSTALLATION DES PERSONNELS (AIP-CIV) (ASIA)	Christian DI TOMMASO	Tous les personnels, y compris AED et AVS-I et CO, affectés en établissements sensibles 1 ^{ère} affectation ou mutation	Être locataire Ne pas bénéficier d'un logement de fonction Quotient familial : ≤ 12 500 €	500 € Exclusif d'une aide au logement	Photocopie de l'avis d'imposition année civile N-1 Arrêté de 1 ^{ère} affectation ou mutation Justificatif de logement RIB avec nom et prénom de l'agent
FICHE N° 3 FRAIS DE DEPLACEMENTS (ASIA)	Christian DI TOMMASO	Personnels non titulaires	Pas de poste à l'année Administratifs : trajet-domicile/travail ≥ 20 km Enseignants : trajet-domicile/travail ≥ 40 km Quotient familial : ≤ 9 500€	Prestation plafonnée à 260€ Par année scolaire	Photocopie dernière fiche de paye Photocopie de l'avis d'imposition année civile N-1 Arrêté d'affectation Emploi du temps, calendrier des déplacements effectués signé par le chef d'établissement RIB avec nom et prénom de l'agent

PRESTATIONS	CORRESPONDANT	BENEFICIAIRES – PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE	CRITERES	MONTANT	PIECES DEMANDEES ORIGINAL + COPIE (2 EX) POUR FORMULAIRE ET FACTURE(S)
FICHE N° 4 FRAIS DE DEPLACEMENTS AUPRES DE PROCHES HOSPITALISES (ASIA)	Christian DI TOMMASO	Tous les personnels	Hospitalisé loin du domicile Quotient familial : ≤ 9 500€	Prestation plafonnée à 260€ Par année scolaire	Photocopie dernière fiche de paye Photocopie de l'avis d'imposition année civile N-1 Arrêté d'affectation Bulletin d'hospitalisation Calendrier des déplacements effectués Justificatif du lien de parenté (photocopie du livret de famille) RIB avec nom et prénom de l'agent
FICHE N°5 SEJOURS (PIM)	Isabelle GENEUREUX	Tous les personnels Sauf les AED AESH HT2 rémunérés et / ou recrutés par des EPLE ou établissement mutualisateur	Selon le séjour (voir la fiche séjour enfant) Maison de repos Hébergement Sans hébergement Centres familiaux Séjours éducatifs Séjours linguistiques Quotient familial : ≤ 12 400 €	Selon le barème national	Pièces justificatives des frais engagés (facture acquittée) Photocopie dernier bulletin de salaire Pour le conjoint, bulletin de salaire si E.N. ou attestation subvention d'autres organismes ou de non subvention Copie intégrale du livret de famille Avis d'imposition année N-1 RIB avec nom et prénom de l'agent
FICHE N° 6 AIDE AUX PARENTS EFFECTUANT UN SEJOUR MEDICAL ACCOMPAGNE DE LEUR ENFANT (PIM)	Isabelle GENEUREUX	Tous les personnels Sauf les AED sauf les AED AESH HT2 rémunérés et / ou recrutés par des EPLE ou établissement mutualisateur	Enfant de moins de 5 ans Séjour médicalement prescrit effectué dans un établissement agréé par la sécurité sociale Aucune condition de ressources Le nombre de jours subventionnés ne peut excéder 35 jours par an et par enfant	Selon le barème national	Facture de l'établissement d'accueil du séjour médical Dernier bulletin de salaire Pour le conjoint : bulletin de salaire et attestation de l'employeur Copie intégrale du livret de famille RIB avec le nom et le prénom du demandeur

PRESTATIONS	CORRESPONDANT	BENEFICIAIRES – PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE	CRITERES	MONTANT	PIECES DEMANDEES ORIGINAL + COPIE (2 EX) POUR FORMULAIRE ET FACTURE(S)
FICHE N° 7 AIDE A L'ENFANCE AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION (ASIA)	Christian DI TOMMASO	Tous les personnels ATTENTION Dossier à envoyer dans les deux mois au plus tard, après le début de l'activité	Parents ayant à charge un enfant âgé de 6 à 16 ans Inscription de l'enfant en garderie périscolaire, activité sportive et/ou culturelle (sans nuitée) Quotient familial : ≤ 12 500 €	Plafond de la dépense de 400 € Aide à hauteur de 50% du montant de la dépense soit 200 € Par année civile au maximum	Photocopie dernière fiche de paye Photocopie de l'avis d'imposition année civile N-1 Photocopie du livret de famille (en cas de divorce, photocopie page du jugement concernant le mode de garde) Justificatif d'inscription : garderie, club... RIB avec nom et prénom de l'agent Attestation de non prise en charge par l'employeur du conjoint
FICHE N°8 AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION DES ETUDIANTS NON BOURSIERS (ASIA)	Christian DI TOMMASO	Parents d'un enfant étudiant non boursier de moins de 26 ans	Poursuivre des études dans l'enseignement supérieur (Universités, BTS, CPGE...) Quotient familial : ≤ 12 500€	200€ Par enfant étudiant	Photocopie dernière fiche de paye Photocopie livret de famille Copie de la carte d'étudiant portant le montant des frais d'inscription (ou pour les élèves POST-BAC dans les lycées Attestation de l'établissement mentionnant que l'élève n'est pas boursier Photocopie de l'avis d'imposition année civile N-1, RIB avec nom et prénom de l'agent
FICHE N° 9 ALLOCATIONS POUR LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP (PIM)	Isabelle GENEUREUX	Parents d'enfant en situation de handicap de moins de 20 ans poursuivant des études ou apprenti entre 20 et 27 ans	Moins de 20 ans : non perception de la PCH (prestation compensatrice du handicap) 20 à 27 ans : poursuite d'études Incapacité permanente => 50 % Non perception de l'AAH (Allocation adulte handicapé)	Selon le barème national	Photocopie dernier bulletin de salaire Pour le conjoint, bulletin de salaire et attestation de l'employeur Copie intégrale du livret de famille (si divorce, copie de l'extrait faisant apparaître la garde de l'enfant) Lettre manuscrite pour une demande de PIM Notification de décision d'allocation d'éducation d'enfant handicapé (chaque nouvelle notification doit être envoyée) Attestation de fin de versement de l'académie d'origine ou du ministère RIB avec nom et prénom de l'agent
FICHE N° 9 BIS ALLOCATIONS POUR LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP (ASIA)	Isabelle GENEUREUX	AESH et AED HT2 parents d'enfant en situation de handicap rémunérés et / ou recrutés par des EPLE ou établissement mutualisateur			

PRESTATIONS	CORRESPONDANT	BENEFICIAIRES – PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE	CRITERES	MONTANT	PIECES DEMANDEES ORIGINAL + COPIE (2 EX) POUR FORMULAIRE ET FACTURE(S)
PARTICIPATION AUX FRAIS LIES AU HANDICAP (ASIA)		Personnel ou conjoint ou enfant handicapé	Acquisition du matériel (hors prothèse auditive) Aménagement de logement ou de véhicule, intervention d'une aide-ménagère Quotient familial : ≤ 12 500€	Soumis à l'avis de la commission départementale d'action sociale (CDAS)	Photocopie de l'avis d'imposition année civile N-1 Remboursement sécurité sociale et mutuelle RIB avec nom et prénom de l'agent
CONSULTATIONS DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE (ASIA)		Tous les personnels Convention avec l'école des parents et des éducateurs (EPE) : Isère, Drôme Ardèche, Savoie, Hte Savoie	Personnels rencontrant un problème et souhaitant bénéficier d'un soutien psychologique : contacter l'EPE du département	Anonyme et gratuit	Convention signée après décision de la CAAS
AIDE EXCEPTIONNELLE		Tous les personnels Sauf CDD <6 mois et le personnel rémunéré sur budget propre d'un établissement public	Demande à faire auprès de l'assistante sociale de la DSDEN (1 ^{er} degré) ou auprès de l'AS de l'académie pour les autres personnels		Décision de la commission départementale d'action sociale (CDAS)
PRET A TAUX ZERO		Tous les personnels sauf CDD <6 mois et le personnel rémunéré sur budget propre d'un établissement public	Demande à faire auprès de l'assistante sociale de la DSDEN (1 ^{er} degré) ou auprès de l'AS de l'académie pour les autres personnels		Décision de la CDAS

ANNEXE 1 – Taux applicables à compter du 1er janvier 2024 aux prestations
interministérielles d'action sociale à réglementation commune

PRESTATIONS	Montants
	2024
RESTAURATION	
Prestation repas	1,47 €
AIDE A LA FAMILLE	
Allocation aux parents séjournant en maison de repos avec leur enfant	26,16 €
SUBVENTIONS POUR SÉJOURS D'ENFANTS	
En colonies de vacances	
enfants de moins de 13 ans	8,40 €
enfants de 13 à 18 ans	12,70 €
En centres de loisirs sans hébergement	
journée complète	6,06 €
demi-journée	3,06 €
En maisons familiales de vacances et gîtes	
séjours en pension complète	8,84 €
autre formule	8,40 €
Séjours mis en oeuvre dans le cadre éducatif	
forfait pour 21 jours ou plus	87,05 €
pour les séjours d'une durée inférieure, par jour	4,14
Séjours linguistiques	
enfants de moins de 13 ans	8,40 €
enfants de 13 à 18 ans	12,71 €
ENFANTS HANDICAPÉS	
Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans (montant mensuel)	183,00 €
<i>Allocation pour les jeunes adultes handicapés poursuivant des études ou un apprentissage entre 20 et 27 ans : versement mensuel au taux de 30% de la base mensuelle de calcul des prestations familiales</i>	
Séjours en centres de vacances spécialisés (par jour)	23,96 €

Réf N° : 2023
Affaire suivie par :
DBF1- prestations complémentaires
Christian DI TOMMASO
Tél. : 04 76 74 76 72
Mél : christian.di-tommaso@ac-grenoble
ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr

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

FICHE N° 1

AIDE A L'INSTALLATION (ASIA)

I - Objectifs

Aider financièrement les personnels

- nouveaux titulaires
- devant changer de résidence à la suite d'un événement familial (naissance, mariage, séparation ...).

Cette aide ne se cumule pas avec l'aide à l'installation du personnel dans le cadre du comité interministériel des villes (AIP-CIV) à la suite d'une affectation dans un établissement sensible.

II - Conditions

- Ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 12 500 €

Calcul du QF: revenu imposable N-1/nombre de parts fiscales

III - Montant de l'aide

- 500 €

IV - Instruction du dossier

- service d'action sociale de la DSDEN (1^{er} degré)
- service d'action sociale du rectorat (2nd degré)

FICHE N° 1

AIDE A L'INSTALLATION (ASIA)

MOTIF DE LA DEMANDE : 1^{ère} AFFECTATION (*TITULAIRE*)

EVENEMENT FAMILIAL : NAISSANCE MARIAGE SEPARATION

NOM, PRENOM :

NOM, PRENOM DU CONJOINT :
.....

N° SECURITE SOCIALE :

FONCTION :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

ADRESSE PERSONNELLE :
.....

ADRESSE EMAIL :

JE SOUSSIGNE (E) : ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES
RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET JE DEMANDE A BENEFICIER DE : L'AIDE A L'INSTALLATION (ASIA)
A.....le.....

SIGNATURE

PIECES JUSTIFICATIVES :

ATTENTION LE DOSSIER EST A ENVOYER EN DEUX EXEMPLAIRES

- *DERNIER BULLETIN DE PAIE,*
- *AVIS D'IMPOSITION (ANNEE CIVILE N-1), QUOTIENT FAMILIAL ≤ 12500 €*
- *ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE LA SITUATION FAMILIALE*
- *ARRETE D'AFFECTATION, OU DE TITULARISATION*
- *PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE COMPLET (SI MIS A JOUR),*
- *JUGEMENT DE DIVORCE*
- *CONTRAT DE LOCATION,*
- *R.I.B AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE*
-

LE DOSSIER EST A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES

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

Réf N° : 2023
Affaire suivie par :
DBF1- prestations complémentaires
Christian DI TOMMASO
Tél. : 04 76 74 76 72
Mél : christian.di-tommaso@ac-grenoble
ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr

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

FICHE N°2

AIDE A L'INSTALLATION DES PERSONNELS DANS LE CADRE DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES (AIP-CIV) (ASIA)

I - Objectifs

Aider financièrement les personnels affectés dans un établissement sensible :

- soit lors de leur première affectation
- soit lors d'une mutation.

II - Conditions

- être locataire
- ne pas bénéficier d'un logement de fonction
- ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 12500 €

Calcul du QF : $\text{revenu imposable N-1} / \text{nombre de parts fiscales}$

Aide non cumulable avec l'aide à l'installation

III - Montant de l'aide

- 500 €

IV - Instruction du dossier

- service d'action sociale de la DSDEN (1^{er} degré)
- service d'action sociale du rectorat (2nd degré)

FICHE N°2

**AIDE A L'INSTALLATION DES PERSONNELS DANS LE CADRE DU COMITE
INTERMINISTERIEL DES VILLES (AIP-CIV) (ASIA)**

NOM, PRENOM :

N° SECURITE SOCIALE :

NOM, PRENOM DU CONJOINT

ADRESSE PERSONNELLE

.....

ADRESSE EMAIL :

FONCTION EXERCEE :
.....

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET JE DEMANDE
A BENEFICIER DE L'AIP-CIV,

SIGNATURE

ATTESTATION A REMPLIR PAR LE CHEF D'ETABLISSEMENT

JE SOUSSIGNE (E) : CHEF D'ETABLISSEMENT,

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT :

.....

CERTIFIE QUE L'INTERESSE(E) EXERCE DANS MON ETABLISSEMENT POUR L'ANNEE
SCOLAIRE

A.....le.....

SIGNATURE,

- ARRETE D'AFFECTION OU DE MUTATION,
- DERNIER BULLETIN DE SALAIRE
- DERNIER AVIS D'IMPOSITION (N-1),
- CONTRAT DE LOCATION (BAIL),
- **R.I.B AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE**
- ATTESTATION SUR L'HONNEUR QUE VOUS N'AVEZ PAS BENEFICIE DE L'AIP-CIV
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE

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

LE DOSSIER EST A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION



**ACADÉMIE
DE GRENOBLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Rectorat de Grenoble
Division Budgétaire et financière**

Réf N° : 2023
Affaire suivie par :
DBF1- prestations complémentaires
Christian DI TOMMASO
Tél. : 04 76 74 76 72
Mél : christian.di-tommaso@ac-grenoble
ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr

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

FICHE N° 3

AIDE AUX FRAIS DE DEPLACEMENT POUR LES PERSONNELS NON TITULAIRES (ASIA)

I - Objectif

- aider financièrement les personnels contractuels, enseignants ou administratifs, qui n'ont pas de poste à l'année.

II - Conditions

- personnel administratif : trajet domicile – travail > 20 km
- personnel enseignant : trajet domicile - travail > 40 km
- ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 9 500 €

CALCUL DU QF: REVENU IMPOSABLE N-1 /NOMBRE DE PARTS FISCALES

III - Montant de l'aide

- prestation plafonnée à 260 € par année scolaire

IV - Instruction du dossier

- service d'action sociale de la DSDEN (1^{er} degré)
- service d'action sociale du rectorat (2nd degré)

FICHE N°3

AIDE AUX FRAIS DE DEPLACEMENT POUR LES PERSONNELS NON TITULAIRES (ASIA)

NOM, PRENOM :

NOM, PRENOM DU CONJOINT :

.....

N° SECURITE SOCIALE :

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

.....

ADRESSE EMAIL :

FONCTION :

ETABLISSEMENT D'AFFECTION :

.....

Je déclare ne pas bénéficier de la législation sur les frais de déplacement pour services partagés et j'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

à.....le.....

Signature

PIECES JUSTIFICATIVES :

- DERNIER BULLETIN DE PAIE,
- AVIS D'IMPOSITION (**ANNEE CIVILE N-1**),
- QUOTIENT FAMILIAL \leq 9500€
- CONTRAT DE TRAVAIL OU ARRETE D'AFFECTION,
- EMPLOI(S) DU TEMPS,
- CALENDRIER DES DEPLACEMENTS EFFECTUES (SIGNES PAR L'ETABLISSEMENT)
- **R.I.B.AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE**
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE

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

LE DOSSIER EST A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

--

CALENDRIER DES DEPLACEMENTS EFFECTUES
LES DOSSIERS SERONT CONSTITUES CHAQUE FIN DE TRIMESTRE

	DATE DE DEPLACEMENT	LIEU DE DEPART	LIEU DE DESTINATION	*ALLER SIMPLE	*ALLER ET RETOUR	DISTANCE ALLER KM
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

**mettre une croix dans la case concernée.*

Signature et tampon du chef d'établissement



**ACADÉMIE
DE GRENOBLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Rectorat de Grenoble
Division Budgétaire et financière**

Réf N° : 2023
Affaire suivie par :
DBF1- prestations complémentaires
Christian DI TOMMASO
Tél. : 04 76 74 76 72
Mél : christian.di-tommaso@ac-grenoble
ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr

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

FICHE N° 4

AIDE AUX FRAIS DE DEPLACEMENT AUPRES DE PROCHES HOSPITALISES (ASIA)

I - Objectif

- aider financièrement le personnel qui doit se rendre auprès de proches hospitalisés (conjoint ou enfant) loin du domicile.

II - Conditions

- ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 9 500 €

CALCUL DU QF : REVENU IMPOSABLE DE L'ANNEE N-1 / NOMBRE DE PARTS
FISCALES

III - Montant de l'aide

- prise en charge plafonnée à 260 € par année scolaire

IV - Instruction du dossier

- service d'action sociale de la DSDEN (1^{er} degré)
- service d'action sociale du rectorat (2nd degré)

FICHE N° 4

**AIDE AUX FRAIS DE DEPLACEMENT AUPRES DE PROCHES
HOSPITALISES (ASIA)**

NOM, PRENOM :

NOM, PRENOM DU CONJOINT :
.....

N° SECURITE SOCIALE :

FONCTION :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION
.....

ADRESSE EMAIL :

ADRESSE PERSONNELLE :

JE SOUSSIGNE(E)..... ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES
RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET JE DEMANDE A BENEFICIER DE L'ASIA : FRAIS DE DEPLACEMENT
AUPRES DES MALADES HOSPITALISES

A.....LE.....
SIGNATURE

PIECES JUSTIFICATIVES :

- AVIS D'IMPOSITION (**ANNEE CIVILE N-1**), QUOTIENT FAMILIAL $\leq 9500\text{€}$
- ARRETE D'AFFECTATION,
- BULLETIN D'HOSPITALISATION,
- CALENDRIER DES DEPLACEMENTS EFFECTUES
- JUSTIFICATIF DU LIEN DE PARENTE (PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE),
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE
- **R.I.B. AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE**

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

LE DOSSIER EST A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

FICHE N° 4

CALENDRIER DES DEPLACEMENTS EFFECTUES

	date de déplacement	lieu de départ	lieu de destination	*aller simple	*aller et retour	distance aller km
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

**mettre une croix dans la case concernée.*

Signature



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 5

SEJOUR D'ENFANTS (PIM)

I - SEJOURS PROPOSES

Les séjours en centres de vacances organisés par des organismes à but commercial et/ou sans agrément ministériel et/ou domiciliés hors du territoire français, ainsi que les séjours en camping municipaux ou privés sont exclus de ce système d'aide

Sont également exclus du dispositif les cours individuels et/ou collectifs (ski, natation, tennis ...).

Séjours en maison de repos :

- **prescription médicale pour l'agent**
- enfants âgés de 5 ans maximum au premier jour du séjour
- 35 jours maximum par an
- aucune condition de ressources

Séjours avec hébergement :

- enfants âgés de moins de 18 ans au premier jour du séjour
- 45 jours maximum par an (*congés scolaires*)

Séjours sans hébergement : (centre aéré ou de loisirs)

- enfants âgés de moins de 18 ans
- sans limitation de nombre de jours (*congés scolaires*)

Séjours en centres familiaux de vacances agréés

Établissements de tourisme social associatif sans but lucratif agréés ministériellement et établissements labellisés Gîtes de France.

- enfants âgés de moins de 18 ans au premier jour du séjour
- 45 jours maximum par an

Séjours éducatifs :

- enfants âgés de moins de 18 ans en début d'année scolaire
- un voyage par année scolaire d'un minimum de 5 jours et maximum 21 jours
- hors vacances scolaires

Séjours linguistiques :

- enfants âgés de moins de 18 ans
- voyages organisés hors périodes scolaires
- maximum 21 jours

II – INSTRUCTION DU DOSSIER

Service d'action sociale de la DSDEN (1^{er} degré) / et du rectorat (2nd degré)

Cette fiche n°5 et la/les facture(s) acquittée(s) sont à envoyer en 2 exemplaires (un original et une copie PAR ENFANT). Les autres pièces en 1 exemplaire.



**ACADÉMIE
DE GRENOBLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Rectorat de Grenoble
Division Budgétaire et Financière**

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° 6

AIDE AUX PARENTS EFFECTUANT UN SEJOUR MEDICAL (PIM)

I - Objectif

- aider financièrement les agents effectuant un séjour médical accompagné de leur(s) enfants dans une maison de repos ou un centre de convalescence.

II - Conditions

- enfant de moins de cinq ans
- séjour médicalement prescrit, effectué dans un établissement agréé par la sécurité sociale
- aucune condition de ressources

Le nombre de jours subventionnés ne peut excéder 35 jours par an et par enfant

III - Montant de l'aide

- selon le barème national

IV - Instruction du dossier

- service d'action sociale de la DSDEN (1^{er} degré)
- service d'action sociale du rectorat (2nd degré)

LE DOSSIER EST A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES

N° DP CHORUS :

FICHE N° 6

**AIDE AUX PARENTS EFFECTUANT UN SEJOUR MEDICAL
(PIM)**

N° TIERS CHORUS :

Identification du créancier

NOM :	PRENOM :
GRADE :	N° Sécurité Sociale :
ADRESSE :	_____
CP : VILLE :	N° téléphone.....
Mél : @.....	

TOUT CAS DE FRAUDE OU DE FAUSSE DECLARATION EST PUNISSABLE CONFORMEMENT AUX ARTICLES 441-1 ET SUIVANTS DU CODE PENAL

Pièces à joindre obligatoirement:

<ul style="list-style-type: none"> • Facture de l'établissement d'accueil du séjour médical • Dernier bulletin de salaire • Pour le conjoint : bulletin de salaire et attestation de l'employeur • Copie intégral du livret de famille • RIB AVEC LE NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE <p>Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements demandés.</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>

Partie à remplir par le responsable de l'organisme médical

Pour l'enfant	Age	Dates du séjour	Nbre de jours	

Identification de l'organisme médical

- NOM :
- CACHET
- N° D'AGREMENT DE LA SECURITE SOCIALE :
-
- ADRESSE :

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

SIGNATURE

Partie réservée à l'administration		
Subventions accordées du	au	Montant :



Réf N° : 2023
Affaire suivie par :
DBF1- prestations complémentaires
Christian DI TOMMASO
Tél. : 04 76 74 76 72
Mél : christian.di-tommaso@ac-grenoble
ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr

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

FICHE N°7
AIDE A L'ENFANCE
AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION (ASIA)

I - Objectifs

- Aider les parents ayant des enfants âgés de 6 à 16 ans, pour :
- **Garde périscolaire/activités en clubs sportifs et/ou culturels.**

II – Conditions

- Parents ayant à charge un enfant âgé de 6 à 16 ans
- Ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 12 500 euros
- **CALCUL DU QF : REVENU IMPOSABLE /NOMBRE DE PARTS FISCALES**

Les factures doivent ABSOLUMENT porter le nom, le prénom de l'enfant, la date et la somme acquittée.

Pour les gardes périscolaires, envoyer les factures tous les six mois ou à l'année.

Lors de la première demande joindre en deux exemplaires :

- Le formulaire à remplir (un par enfant) + 1 COPIE
- La ou les factures + 1 COPIE

JOINDRE EN UN SEUL EXEMPLAIRE :

- L'avis d'imposition : année N-1, avis 2023 sur les revenus 2022, (si garde alternée, fournir l'avis des deux parents)
- **un RIB à chaque nouvelle demande au nom et prénom de celui (ou celle) qui fait la demande**
- Tous les justificatifs demandés dans le formulaire (fiche de paye ...)
- RIB au nom et prénom du demandeur

Pour les demandes suivantes, en deux exemplaires :

- Le formulaire à remplir (un par enfant) + 1 COPIE
- **Deux** exemplaires des factures
- De nouvelles pièces sont à fournir uniquement si des changements s'opèrent, (naissance, etc...) ou pour toute nouvelle année civile **en 1 exemplaire**
- **RIB à chaque nouvelle demande au nom et prénom de celui (ou celle) qui fait la demande**

III - Montant de l'aide

Le plafond de la dépense est de 400 € par enfant et par année civile. L'aide est fixée à 50% du montant de la dépense soit **200€ au maximum**.

IV – Instruction du dossier

- Pour le premier degré : service d'action sociale de la DSDEN
- Pour le second degré : service d'action sociale du rectorat

La fiche n°7 et la (les) facture(s) acquittée(s) sont à envoyer en 2 EXEMPLAIRES (un original et une copie PAR ENFANT). Les autres pièces en 1 EXEMPLAIRE.

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE

FICHE N°7

**AIDE A L'ENFANCE
AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION (ASIA)**

NOM PRENOM

NOM PRENOM DU CONJOINT ou CONCUBIN :

N° SECURITE SOCIALE :

FONCTION :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

ADRESSE PERSONNELLE + ADRESSE MAIL :
.....
.....

JE SOUSSIGNE(E)..... ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS
ET JE DEMANDE A BENEFICIER DE L'ASIA : AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION.

A.....LE.....

SIGNATURE

ENFANT DE 6 à < 16 ANS

NOM - PRENOM	DATE DE NAISSANCE	E ETABLISSEMENT FREQUENTE

PIECES JUSTIFICATIVES :

ATTENTION : LE FORMULAIRE DE LA DEMANDE ET LA (LES) FACTURE(S) ACQUITTEE(S) SONT A FOURNIR EN DEUX EXEMPLAIRES (ORIGINAL + COPIE)

• *FACTURE ACQUITTEE, PORTANT LE NOM ET LE PRENOM DE L'ENFANT POUR : GARDERIE PERISCOLAIRE, ACTIVITE SPORTIVE ET OU CULTURELLE*

• **RIB AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE**

EN 1 EXEMPLAIRE

- AVIS D'IMPOSITION (ANNEE CIVILE N-1), QUOTIENT FAMILIAL ≤ 12 500€ (**PAS QF DE LA CAF**)
- DERNIERE FICHE DE PAYE (AGENT ET CONJOINT)
- PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE COMPLET (**SI 1 ERE DEMANDE**)
- EN CAS DE DIVORCE : PAGE DU JUGEMENT CONCERNANT LE MODE DE GARDE DU OU DES ENFANTS, (**SI 1 ERE DEMANDE**)
- ATTESTATION DE NON PRISE EN CHARGE DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

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

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION



**ACADÉMIE
DE GRENOBLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Rectorat de Grenoble
Division Budgétaire et financière**

Réf N° : 2023
Affaire suivie par :
DBF1- prestations complémentaires
Christian DI TOMMASO
Tél. : 04 76 74 76 72
Mél : christian.di-tommaso@ac-grenoble
ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr

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

FICHE N° 8

AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION DES ETUDIANTS NON BOURSIERS (ASIA)

I - Objectifs

- aider à la poursuivre des études dans l'enseignement supérieur

II - Modalités

- parent d'un enfant étudiant non boursier de moins de 26 ans
- ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 12500 €

CALCUL DU QF : revenu imposable de l'année N-1/nombre de parts fiscales

III - Montant de l'aide

- 200 € par enfant étudiant

IV - Instruction du dossier

- service d'action sociale de la DSDEN (1^{er} degré)
- service d'action sociale du rectorat (2nd degré)

DOSSIER A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES

FICHE N° 8

AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION DES ETUDIANTS NON BOURSIERS (ASIA)

NOM, PRENOM :

NOM, PRENOM DU CONJOINT :

N° SECURITE SOCIALE :

FONCTION :

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

.....

ADRESSE PERSONNELLE :

.....

ADRESSE EMAIL :

JE SOUSSIGNE (E) : ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET JE DEMANDE A BENEFICIER DE : L'AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION DES ETUDIANTS NON BOURSIERS

A.....LE.....
SIGNATURE

ENFANT DE MOINS DE 26 ANS

NOM - PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT FREQUENTE

PIECES JUSTIFICATIVES :

- COPIE DU DERNIER BULLETIN DE PAIE,
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE
- COPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION (ANNEE CIVILE N-1),
- COPIE DE LA CARTE D'ETUDIANT PORTANT LE MONTANT DES FRAIS D'INSCRIPTION

OU POUR LES ELEVES POST-BAC DANS LES LYCEES : ATTESTATION DE L'ETABLISSEMENT MENTIONNANT QUE L'ELEVE N'EST PAS BOURSIER

- QUOTIENT FAMILIAL ≤ 12 500 €
- R.I.B AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE

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

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

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 :



**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
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

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 :