



**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 allocations : selon barème national
- Pour les séjours : selon facture

### IV - Instruction du dossier

- service d'action sociale du rectorat (**1<sup>er</sup>** et 2<sup>nd</sup> 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 déclaration de la MDPH dont vous dépendez attestant qu'en qualité de représentant légal vous ne percevez pas la PCH pour votre (vos) enfant (ou à défaut une attestation sur l'honneur)**

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.**

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

**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 aides légales dont l' (les) enfant(s) bénéficie(nt).**

Fait à.....le.....

## **IMPORTANT**

**le versement de la prestation interministérielle versée par nos services est conditionnée par le versement de l'AEEH et la non perception de la PCH et sera interrompue 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 9 A JOUR**